

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA



Autonomia da mulher em trabalho de parto

Filipe João Correia Leitão

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR PAULO COSTA

MESTRADO EM BIOÉTICA
2010

RESUMO

Inicialmente concebida à luz do paternalismo, a mulher em trabalho de parto foi tradicionalmente encarada como um alvo de cuidados, sobre os quais não tinha qualquer papel decisório. Com o progressivo reconhecimento da importância do exercício da autonomia, a tônica central dos princípios que regem a ética do cuidar tendeu a deslocar-se do princípio da beneficência para o da autonomia. Desta forma, a parturiente ganha progressivamente o poder de exercer a sua autonomia, não obstante, deve-se considerar uma dimensão ética de particular complexidade, pelo facto de trazer consigo uma outra vida, que apesar de não ter personalidade jurídica até ao seu nascimento, tem em si mesma uma dignidade ética própria.

Através deste estudo foi possível compreender que a autonomia da mulher em trabalho de parto, é para si sentida de uma forma muito particular e até mesmo surpreendente, quer a encaremos à luz do paradigma paternalista ou do mais recente paradigma autonomista. Efectivamente, a análise dos dados obtidos permitem compreender a mulher como um ser com necessidade de autonomia na sala de partos e que essa autonomia seja partilhada e frequentemente delegada nos profissionais de saúde, relativamente aos quais confia que agirão segundo a “*leges artis*”

Pretendeu-se então fazer uma reflexão do espelho da praxis dos profissionais de saúde em momentos tão complexos como o trabalho de parto e parto.

Palavras Chave: Autonomia; Parto; Gravidez; Paternalismo; Conhecimentos; Atitude; Planeamento.

RÉSUMÉE

Originellement conçu à la lumière du paternalisme, l'idée de la femme en phase d'accouchement fut traditionnellement envisagée comme étant la cible des soins auxquels elle n'avait aucune sorte de rôle au niveau de la décision. Avec la progressive reconnaissance de l'exercice de l'autonomie, l'accent des principes qui règlent l'éthique du soin on eu tendance a se déplacer du principe de la b n ficence vers celui de l'autonomie. Ce renversement permet a la parturiente de gagner progressivement le droit d'exercer sa propre autonomie. Cependant, dans une dimension complexe de l  thique, le fait de porter une autre vie, malgré son absence de personnalité juridique jusqu'à sa naissance, possède en elle-même une dignité éthique propre.

Cette recherche a permis de nous apercevoir que l'autonomie de la femme pendant l'accouchement est ressenti d'une manière toute particulière et même surprenante, soit on l'envisage du point de vue du paradigme paternaliste ou alors du plus récent paradigme autonomiste. Effectivement, l'analyse des données obtenus permettent de comprendre la femme comme étant, non seulement, un être possédant la volonté d'avoir de l'autonomie dans la salle d'accouchement, mais surtout une autonomie partagée et fréquemment délégué aux professionnels de la santé, sur lesquels elle dépose sa confiance qu'ils agissent selon la « *leges artis* ».

L'objectif de cette dissertation est un exercice de réflexion sur la « *praxis* » des professionnels de la santé dans des moments si complexes comme celui du travail d'accouchement et l'accouchement en soit.

Mots clef: Autonomie; Accouchement; Grossesse; Paternalisme; Connaissances; Attitude; Planification.

RESUME

Initially conceived through a paternalism point of view, the parturient was traditionally looked as someone without any power of decision about the kind of health care she was submitted to. With the increasing recognition of autonomy as important for each human being, the ethical's principle changes from beneficence to autonomy, in a way that the woman in labor gains an increasing autonomy. Nevertheless we must consider a complex ethical dimension, because there is a new life coming, without a legal personality until birth, but with the right of having an ethical dignity.

Trough this study, we were able to understand that the woman's autonomy is feel as something especially and somehow surprising, independently of the point of view paternalist or autonomist. In fact, the analysis of the information allow us to recognize the woman as someone with a need of having not only a simple autonomy, but a shared and frequently delegated one, in the health professionals, in which she trusts that they will act according to the "leges artis".

The main goal of this writing is to do a reflexion of the health professionals' role in a moment as complex as the parturition.

Key words: Autonomy; Parturition; Pregnancy; Paternalism; Knowledge; Attitude; Planning.

SUMÁRIO

0 - INTRODUÇÃO	9
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1 - Vivência da maternidade	12
1.2 - Conceito de autonomia	15
1.3 - Autonomia e consentimento em cuidados de saúde	23
1.4 - Autonomia de escolha e competência	26
1.5 - A fundamentação na moralidade do princípio da autonomia – Importância da autenticidade	28
1.6 - Autonomia em trabalho de parto.....	31
2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	35
2.1 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	35
2.2 – POPULAÇÃO ALVO	36
2.3 – AMOSTRA	36
2.4 – INSTRUMENTO DE PESQUISA	38
2.4.1 – Pré-Teste	40
2.4.2 – Guião de Entrevista.....	43
2.5 – Realização das entrevistas	45
2.6 – Implicações éticas.....	45
2.7 – Tratamento dos dados	46
3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	51
3.1 – Apresentação dos dados obtidos.....	51
3.1.1 – Desejos da mulher/projecto de parto	54
3.1.2 – Colaboração na prestação de cuidados – Atitude dos profissionais	58
3.1.3 – Sentimentos relativos à qualidade da participação nos cuidados e acesso à informação	62
3.1.4 – Decisões sobre a sua privacidade	66
3.1.5 – Acompanhamento da evolução da situação fetal	67
4 - DISCUSSÃO DOS DADOS	68
5 – CONCLUSÃO	82

BIBLIOGRAFIA	84
Anexos	86
Anexo I – Autorização para realização de entrevistas	87
Anexo II – Grelha de codificação	89

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Categorias obtidas	52
Tabela 2 – Desejos da mulher/Projecto de parto	54
Tabela 3 – Colaboração na prestação de cuidados – Atitude dos profissionais.....	58
Tabela 4 – Sentimentos relativos à qualidade da participação nos cuidados e acesso à informação	63
Tabela 5 – Decisões sobre privacidade	66
Tabela 6 – Acompanhamento da situação fetal.....	67

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Categorias obtidas - Distribuição.....	53
Gráfico 2 – Planeamento com os profissionais de saúde – Unidades de enumeração	55
Gráfico 5 – Planeamento individual – Unidades de significância.....	57
Gráfico 6 – Decisão não participativa – Unidades de enumeração	59
Gráfico 7 – Decisão não participativa – Unidades de significância.....	60
Gráfico 8 – Atitude participativa – Unidades de Enumeração.....	61
Gráfico 9 – Atitude participativa – Unidades de significância	62
Gráfico 10 – Conhecimentos sobre a evolução do trabalho de parto – Unidades de enumeração	64
Gráfico 11 – Conhecimentos sobre a evolução do trabalho de parto – unidades de significância	64
Gráfico 12 – Atitude relativamente aos conhecimentos.....	65
Gráfico 1 – Categorias obtidas - Distribuição.....	22
Gráfico 3 – Planeamento com os profissionais de saúde – Unidades de significância.....	22
Gráfico 4 – Planemento individual – Unidades de Enumeração.....	22

0 - INTRODUÇÃO

À luz do paternalismo, a capacidade de decisão daquele que é o alvo dos cuidados parecia desprovida de sentido. O médico era encarado como conselheiro e detentor de conhecimentos científicos que lhe permitiam decidir pelo outro qual a melhor atitude a tomar. Com o progressivo reconhecimento da importância do exercício da autonomia por aquele que é alvo dos cuidados, a tônica central dos princípios que regem a ética do cuidar tendeu a deslocar-se do princípio da beneficência para o da autonomia.

A autonomia pressupõe que aquele que é cuidado seja capaz de tomar decisões por si próprio, em função das suas crenças e valores. O exercício desta autonomia é uma questão de grande complexidade, uma vez que também pode ser encarada autónoma a decisão de limitar a sua própria autonomia, pelo que a separação entre actos autónomos e não autónomos é muito complexa de destringir.

Tendo como corolário o supra-citado, podemos compreender que também a mulher em trabalho de parto conserva o poder de exercício da sua autonomia, no entanto com uma dimensão ética de particular complexidade, por trazer consigo uma outra vida. O feto apesar de desprovido de personalidade jurídica até ao seu nascimento, tem em si mesmo uma dignidade ética própria.

Em seguimento do que foi dito nos parágrafos anteriores, se por um lado é pedido ao profissional de saúde que saiba agir de acordo com a *legis artis*, não é menos verdade que a sua acção terá que ir ao encontro daquilo que é o desejo do alvo dos cuidados, ou seja, tem que ser plenamente consentido pela mulher em trabalho de parto, mesmo tendo a consciência de que nem sempre a acção considerada clinicamente mais adequada é a mais adequada aos olhos da mulher grávida.

Nesta linha de pensamento podemos depreender que numa sociedade em que se defende o “triunfo” do respeito pela autonomia, toda e qualquer decisão deveria recair sobre a mulher em trabalho de parto, por ser ela mesma o alvo do cuidados de saúde.

Para a própria afirmação da condição de Humanidade, é fundamental que a mulher em trabalho de parto veja a sua autonomia respeitada, tal como podemos compreender nas palavras de Carracedo (1992:34) - “La autonomía personal proporciona la base para el derecho humano fundamental, el de ser tratado como una persona moral libre e igual. Esta autonomía moral expresa la dignidade humana”.

Mas questionamo-nos neste momento, de que forma sente a mulher em trabalho de parto que geriu a sua autonomia.

É esta a questão que estará subjacente a todo o desenvolvimento deste trabalho. Como tal definiu-se o seguinte objectivo:

- Conhecer a forma como a mulher em trabalho de parto considera que geriu a sua autonomia, na perspectiva da puérpera.

Através da resposta aos objectivos apresentados será possível tentar responder à questão de investigação supra apresentada, e compreender o exercício de autonomia do Eu sentido pela mulher em trabalho de parto. A percepção dos sentimentos que envolvem aqueles de quem se cuida é fundamental para o bem cuidar, em particular no que concerne ao respeito pelos seus direitos fundamentais. Não é apenas na excelência técnica e científica que reside a qualidade assistencial do profissional, mas no produto do exercício de todas as suas competências, em particular, nas competências éticas.

A presente dissertação encontra-se estruturada em cinco capítulos. Começaremos por um enquadramento teórico onde se fará a definição dos termos fundamentais para a compreensão do estudo e seguidamente se abordarão os aspectos relativos à vivência do parto e ao exercício da autonomia. Após o enquadramento teórico prosseguiremos para o enquadramento metodológico, onde serão apresentadas e justificadas todas as opções de investigação tomadas ao longo deste processo e finalmente

serão apresentados e discutidos os dados obtidos ao longo desta investigação, seguido de um resumo conclusivo.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 - VIVÊNCIA DA MATERNIDADE

A maternidade constitui-se como um momento complexo, sendo necessário recorrer a contributos de várias áreas (sociologia, psicologia, medicina, entre outros). Através da psicologia torna-se possível compreender as mudanças psicológicas inerentes à gravidez, quer estejam relacionadas com as alterações hormonais próprias da gestação, como as resultantes das mudanças de papéis que a futura mãe e futuro pai terão de passar. É igualmente fundamental poder recorrer aos conhecimentos vindos da sociologia, uma vez que a gravidez não é apenas um acontecimento de dimensão nuclear mas onde toda a sociedade está directa ou indirectamente ligada. Finalmente a medicina, pelo conhecimento e compreensão dos fenómenos biológicos da gravidez.

A abordagem da maternidade é multidisciplinar. Em causa estão mais do que os aspectos que se relacionam com a saúde biológica da mãe e feto, está a saúde psicológica e emocional de ambos, no presente e futuro, bem como os aspectos que se relacionam com a sua saúde social. Não podemos esquecer que a mulher não chegou ao momento do parto sem ter, atrás de si uma história própria, única e irrepetível. Apesar de o nascimento de um filho ser habitualmente um momento de felicidade, não podemos esquecer que frequentemente o mesmo se constitui como um momento de tensão e medo do desconhecido, sendo que a mulher em trabalho de parto pode sentir que o seu próprio cosmos, muitas vezes já fragilizado pela vivência complexa do fenómeno da gravidez, se desmorona num caos físico, emocional e social.

O trabalho de parto está imbuído não apenas dos aspectos biológicos, que se prendem com a expulsão do útero materno de um recém-nascido, mas também guardam em si a continuidade da espécie Humana, a imortalidade dos genes paternos e da sua cultura. Com o nascimento de um

novo ser, assistimos ao funcionamento pleno de uma máquina do tempo, que nos transportará muito para além da nossa própria existência biológica. Na sociedade actual são depositadas no filho as expectativas da realização parental e o futuro social, razão pela qual, o nascimento surge como um acontecimento de grande alegria. Assistimos frequentemente a uma azáfama de toda a família, que se preocupa ainda antes do nascimento, em juntar uma série de presentes para o novo ser, e mesmo depois do nascimento multiplicam-se as ofertas de flores e presentes vários à mãe. Oferecem-se balões coloridos, e comparam-se as feições do bebé com as dos pais e avós. Na maioria das famílias, todos os membros parecem querer estar próximos desse momento, partilhando não apenas da alegria do casal, mas tomando eles mesmos um pouco da imortalidade que este novo ser representa.

Segundo Kitzinger (1978:86), “o estilo de maternidade é uma expressão de cultura e engloba um sistema de valores relacionados com o que é a mulher e também com o que é o filho, as atitudes para com ela variam de acordo com as classes sociais”.

A maternidade está, desta forma, fortemente relativizada aos aspectos civilizacionais e culturais de cada um. Se para algumas mulheres esta pode constituir-se como uma experiência de grande alegria, há outras que o poderão sentir de forma dolorosa, ou como sendo um momento de perigo. Mesmo dentro da cultura ocidental, as próprias experiências individuais de vida, vão, grandemente, modelar a perspectiva individual de cada mulher e família sobre a maternidade.

Não poderíamos deixar de referir que, mesmo o processo de maternidade, se assume do ponto de vista psicológico como um período de crise. À gravidez correspondem cerca de quarenta semanas onde a mulher vê o seu papel social e o seu aspecto físico a alterarem-se, e reflecte constantemente no seu futuro. Frequentemente, a mulher parece assumir a maternidade como um ponto sem retorno, sendo compelida a profundas mudanças na sua estrutura psicológica e no seu modo de vida.

De facto, tudo parece novo e estranho, mesmo quando, para essa mulher a gravidez não constitui a novidade de uma “primeira viagem”. Esta vivência, depende não só das características individuais de cada mulher, como também do seu enquadramento sócio-histórico-familiar.

A gravidez apenas faz sentido pelo seu culminar no momento do parto. Esse momento, não pode ser considerado como um simples acto fisiológico, uma vez que, também este, reflecte influências psicológicas e sócio-culturais.

O nascimento, tem uma dimensão ecuménica, e sendo as suas implicações/influências relativizadas em cada situação, não podemos negar que é nele que se situa a continuação da existência Humana. Por esta razão, indiferentemente da situação sócio/cultural/biológica ou mesmo espiritual, ele não irá apenas afectar a relação homem/mulher, bem como a própria relação da mulher e casal com a sociedade. Podemos assumir a liberdade de comparar o parto a um acto iniciático num novo papel feminino – ser mãe.

Como refere Kitzinger (1978:45), “existem sociedades em que é o nascimento do bebé e não a relação sexual que consuma o casamento”.

O parto é vivido, segundo Maldonado (1988:35), como um “salto no escuro”, um momento imprevisível e desconhecido, sobre o qual não se tem controle. Segundo Ziegel (1985:82), “cada trabalho de parto é diferente, assim como o é a resposta de cada parturiente”.

A mulher ao ser internada tem, frequentemente, uma sensação de perda de controle da situação, onde não pode prever nem determinar o próximo instante. Neste momento, a sua capacidade de tomar decisões sobre os procedimentos e acções a serem levadas a cabo sobre o seu corpo e o do seu filho, encontra-se por vezes francamente diminuída. A mulher em trabalho de parto, depende frequentemente das informações que vêm da equipa de saúde. Apesar desta aparente perda de controlo, a sua autonomia não deverá nunca ser posta em causa, mas sim re-centrada nos seus limites, procurando responder da forma mais correcta às suas necessidades e capacidades. O papel dos profissionais de saúde não é o de decidir pela mulher e família, mas acima de tudo negociar, orientar e coordenar esforços para ir de encontro às necessidades reais e sentidas, procurando dar resposta às solicitações que lhes são colocadas, da melhor forma possível e em respeito pelas melhores práticas.

Num momento tão potencialmente assustador, a dor e o medo da morte, assumem uma dimensão particularmente significativa. A parturiente tende a questionar-se, se conseguirá superar este período.

A forma como é encarado o comportamento face à dor, é determinado pela cultura de cada uma e pelos preconceitos de dor, colhidos a partir da vivência de outras mulheres. Do mesmo modo, a resposta a este comportamento é dependente da cultura e de aspectos pessoais, como motivação e satisfação. Estes aspectos encontram-se bem patentes já nas tragédias escritas por autores gregos, tal como refere, no teatro de Eurípedes - Medeia (escrito em 431 a.c.) “foi em vão, oh meus filhos, que vos criei, em vão que fui dilacerada pelo sofrimento, que suportei as temíveis dores do parto”. Também nas sagradas escrituras, encontramos referência a estes temores, como no livro do *Génesis*, versículo 16, após o pecado de Adão e Eva, Deus disse à mulher “multiplicarei o teu sofrimento e as tuas penas, parirás os teus filhos na dor”.

Face a tudo o que foi dito, podemos facilmente compreender que a capacidade da mulher em trabalho de parto exercer os seu direito de autonomia, se pode encontrar francamente diminuída pela natureza e intensidade do próprio momento. Nesta situação de fragilidade, cabe aos profissionais de saúde que a assistem, zelar para que os seus direitos sejam integralmente respeitados, e consequentemente a sua vontade.

A mulher em trabalho de parto, tal como outro utilizador de um serviço de saúde tem o direito de decidir sobre os procedimentos a que é sujeita e a forma como é sujeita, no entanto a capacidade de decisão não é em si garante de que uma decisão é por si mesma válida e consciente. Para este efeito requer-se o respeito por inúmeros factores que se procurarão apurar ao longo deste trabalho.

1.2 - CONCEITO DE AUTONOMIA

O conceito de autonomia é nos dias de hoje do domínio comum, tanto no âmbito da moral como do discurso social e político, no entanto, tal como afirma Patrão Neves (2001:143), “o rigor conceptual da utilização de um termo é inversamente proporcional à frequência do seu emprego”. Importa desta forma enquadrá-lo no percurso da história dos estudos da ética e da

moral, bem como apurar a forma como este conceito se aplica na realidade dos cuidados de saúde, em particular no que concerne à mulher em trabalho de parto.

Segundo Reich (2003:215), o conceito de autonomia reconhece a “capacidade Humana de auto-determinação”¹, no entanto, sem a clarificação das condições que garantem a auto-determinação Humana, esta definição torna-se obsoleta.

Antes de prosseguirmos no estudo das condicionantes que determinam o verdadeiro exercício da autonomia, importa compreender a sua génese e enquadrá-la relativamente ao seu uso ao longo dos tempos, ou seja, observar os seus diversos significados em função das perspectivas etimológicas, conceptuais e históricas.

O termo “autonomia” é etimologicamente derivado das palavras Gregas *autos* (próprio) e *nomos* (lei/regra), podendo ser interpretado de forma literal como a “lei do próprio”. Segundo Patrão Neves (2001:145), este termo era originalmente aplicado para se referir ao estatuto próprio das cidades estado Gregas, onde pelo seu estatuto próprio, era permitido a cada uma elaborar as suas próprias leis, tornando-as responsáveis pelo seus sucessos e insucessos, permitindo o desenvolvimento de códigos legais particularmente adaptados à realidade de cada cidade, desta forma, o conceito de autonomia toma uma perspectiva política, procurando afastar o Homem da *physis*, que é a lei do Universo, a favor da obediência à lei dos Homens. Desta forma, podemos entender a autonomia como sendo a lei que o Homem dá a si próprio.

Do ponto de vista ético, é com Aristóteles que o conceito de autonomia surge, apesar de ter sido apenas enunciado após 1978 A.D., já este filósofo havia deixado na sua obra – *Ética a Nicómaco* a afirmação de que só os actos livres podem ser morais (livro III), pelo que, os actos feitos por coacção não são morais, bem como aqueles que são feitos por ignorância. Este é um aspecto de grande importância, pois não obstante a grande distancia do pensamento contemporâneo para o Aristotélico, sobretudo na concepção de Homem, surge nos seus escritos a premissa do conhecimento como forma de

¹ Tradução livre – “recognizes the human capacity for self-determination”

garante do exercício de autonomia e consequente possibilidade de agir de forma moral. Os actos morais podem apenas sê-lo enquanto contextualizados dentro do plano da liberdade.

A temática da liberdade, encontrou nas escolas pós-Aristotélicas um campo privilegiado de desenvolvimento, por estas serem mais do que um espaço de aprendizagem como hoje o concebemos, consistindo sobretudo numa escolha por um estilo de vida, de acordo com o conhecimento que se tem. O objectivo das escolas pós-Aristotélicas consistia sobretudo na realização de um ideal de vida e como tal, na consecução de um nível supremo de moralidade. É desta forma que surgia a autonomia, através do sentido de auto-governo. Nestas escolas era o próprio que se governava a si mesmo, através da moderação e da racionalidade do agir. Tomemos como exemplo a escola Epicurista, onde a *atrasia* consistia no cerne do modo de vida, ou seja, na busca por um nível de serenidade/tranquilidade, que lhes permita estarem para além do alcance da dor e do sofrimento. Este nível de auto-suficiência não seria alcançável não do ponto de vista físico, mas sim mental, através da obediência a um estilo de vida, determinado por um imperativo racional.

O conceito de autonomia não consegue no entanto encontrar caminho na esfera do individual, uma vez que na antiga Grécia, ainda apenas se tinha desenvolvido o conceito de cidadão, enquanto membro da *polis* e não de indivíduo.

A noção de Pessoa é trazida pelo Cristianismo, e com ela uma noção de individual, uma vez que o Homem deixa de ser perspectivado como uma alma cósmica, enquadrada no todo que consiste a lei do Universo, para passar a ter uma dimensão individual, passando desta forma a ter também uma dimensão espiritual, o que como consequência confere não apenas o carácter vital que tinha para os Gregos mas acima de tudo uma dimensão ética.

Na idade média, assistimos ao desenvolvimento de uma moral centrada no indivíduo. A autonomia enquanto conceito não encontrou terreno fértil, uma vez que o pensamento da altura se centrava numa moral heterónoma, por emanar de Deus. Assim, durante toda a idade média, apesar de desenvolvida a noção de pessoa, devido ao contributo do Cristianismo, este

só era possível existir enquanto relação com o outro, mediatizada por Deus, pelo que aqui a mulher grávida apenas correspondia a um desígnio divino, bem como o seriam todos os momentos porque teria que passar até ao nascimento do seu filho.

Durante a idade média não se reconhece ainda a noção de indivíduo, uma vez que esta estaria dependente de uma noção mais solipsista do ser Humano.

Apenas no início do século XIV o Homem começa a tentar olhar e procurar a si mesmo, sem recorrer a qualquer tipo de mediação. Só assim se tornou possível ao Homem tecer o conceito contemporâneo de autonomia (sem ser identificado com a liberdade referido nos escritos de Aristóteles). O advir do renascimento vem então lançar sobre o Homem uma profunda auto-estima, centrando-o progressivamente no centro do Universo, através da gradual compreensão de que ele já não se limita a reproduzir a natureza mas que é capaz de ele mesmo criar fenómenos que compreende através do recurso à ciência. O apogeu deste pensamento virá então a surgir nos séculos XVII/XVIII com o desenvolvimento da escola racionalista.

Em suma, desde o período helénico até aos séculos XVII/XVIII, o conceito de autonomia estava fortemente contextualizado por uma dimensão política e social, o que se pode compreender por até aqui ainda não existir a compreensão do Homem como uma entidade individual, dotada de uma profunda autoestima e como tal concebida sem ser à luz da sua relação, mediatizada com o outro.

Com o advir do Racionalismo, o Homem compreende a importância da razão que encerra em si mesmo. Segundo Patrão Neves (2001:147) - “Os primeiros racionalistas consideram já que a razão possibilita a todo e a cada indivíduo descobrir por si só o bem a realizar ou o dever a cumprir (racionalismo ético), pelo que o homem não carece do concurso de qualquer autoridade exterior para lhe indicar o curso da acção a seguir e exerce plenamente a sua capacidade de auto-determinação”.

A valorização da “liberdade” irrompe então na modernidade, decorrente do entendimento da razão como princípio de vida e de acção, que como tal, modera o agir e o modo de estar na vida.

O conceito de autonomia passa então a ser compreendido, como a capacidade que o Homem encerra em si de aceder à verdade moral e através desse processo determinar o seu modo de agir. É portanto na natureza racional do Homem que assenta a autonomia.

Descartes é o primeiro racionalista, que coloca o Eu no ponto de partida. Para este autor, o tema da liberdade é fundamental. Nunca antes na história da filosofia se falou tanto em liberdade na sua plena acepção. Apesar das já conhecidas preocupações de Aristóteles e Tomás de Aquino, estas residiam fundamentalmente na dimensão daquilo que poderíamos classificar como livre arbítrio e não na liberdade enquanto autonomia forjada na razão.

Questionamo-nos agora acerca da diferença entre liberdade e livre arbítrio. Efectivamente livre arbítrio consiste na escolha entre duas coisas distintas. A título de exemplo podemos olhar o exemplo do Cristianismo, onde o livre arbítrio pode ser entendido pela decisão do indivíduo em se aproximar ou afastar de Deus. Assim, o conceito de livre arbítrio implica necessariamente um determinismo no agir pela limitação da escolha, enquanto que, ao falar de liberdade de forma ampla, reportamo-nos necessariamente a um conceito de indeterminação do agir.

Assim podemos compreender que apenas no século XVII o conceito de liberdade encontra terreno fértil para se desenvolver, uma vez que, tal como já foi afirmado, é neste século que se procede à colocação do Homem no centro do Universo.

Os racionalistas reconhecem a existência de uma faculdade Universal – Razão. Pelo seu Universalismo, esta deverá “funcionar” do mesmo modo em qualquer lado/situação, pelo que esta se torna a faculdade Universal do conhecimento verdadeiro. A célebre máxima de Descartes – *Cogito ergo sum*, é reveladora de que é da razão Universal que tudo parte, porque se assim não o fosse, o ponto de partida não seria o *cogito* mas sim a existência (*sum*), pelo que chegaríamos todos a conceitos diferentes. A realidade é racional e o racional é agora real. A razão tem um papel estruturante da realidade, uma vez que é através dela que conhecemos essa mesma

realidade. Assim, existe necessariamente uma unidade orgânica e funcional entre a razão que faz conhecer e a razão que faz agir, o que implica uma necessária coincidência entre o ser e o dever ser.

O Homem apenas é livre se se orientar pela razão. O Homem que não se orienta por afecções da alma ou sentimentos é aquele que é livre, uma vez que apenas assim se pode determinar a si mesmo. Esta razão é Universal, o que implica a sua dependência absoluta da natureza, ou seja, à máxima liberdade está associada a máxima necessidade, pelo que tudo acontece no Mundo segundo a mesma razão e como tal, a liberdade consiste na necessidade de seguir esse determinismo Universal, ou seja, na necessidade de realização da Natureza. Com os racionalistas, a razão e natureza são colocadas num mesmo plano. Esta razão Universal, encontra-se muito próxima da *physis* Grega, afastando-a do *nomos* ou lei dos Homens para os Homens. Em suma, a liberdade apenas existe enquanto busca do caminho determinado pela lei Universal da natureza e nunca enquanto o próprio caminho traçado pelo Homem por si e para si.

Kant vem romper com a identidade criada pelos seus antecessores, no que respeita a esta coincidência da razão com um determinismo Universal. Na sua obra, crítica da razão pura, Kant considera que não existe apenas uma razão, mas sim uma razão teórica e uma razão prática. Existe uma razão que se aplica no domínio do Ser e outra do Dever Ser, ou seja, Kant dissocia a razão Universal da razão dos Homens. Na natureza, ou seja, no domínio do ser, tudo ocorre segundo leis próprias, cabendo aos Homens através da ciência/experiência conhecer essas leis. Desta forma, o Homem aplica a sua razão ao domínio do Ser, por forma a descobrir as leis da natureza.

É na racionalidade do agir que existe a liberdade. Para Kant tudo o que ocorre na natureza, ocorre segundo uma racionalidade necessária, no entanto o que acontece no domínio da acção Humana ocorre segundo representação dessa lei. O exercício da liberdade faz-se então pela aprendizagem do pensar, uma vez que apenas podemos ser livres quando somos o princípio do nosso próprio agir. O supra-citado encontra-se bem patente nas palavras de Jennings (2007:77) ao referir-se à perspectiva Kantiana de autonomia – “As Kant argued, moral autonomy is a submission to

laws that one has made for oneself. The autonomous man, insofar as he is autonomous, is not subject to the will of another. The autonomous...man do what another tells him, but not because he has been told to do it... By accepting as final the commands of others, he forfeits his autonomy”.

A acção verdadeiramente moral exige consciência, bem como o assumir a responsabilidade e as consequências dessa acção.

Como consequência do que foi dito a respeito do pensamento Kantiano, facilmente podemos compreender que a liberdade é um produto da razão. É desta liberdade que vai nascer a autonomia, porque a liberdade é uma representação das leis que o Homem dá a si mesmo, tal como podemos compreender pela origem etimológica da palavra.

O reconhecimento da autonomia não é, no entanto, propriedade apenas da corrente racionalista, fazendo igualmente parte do pensamento da corrente contratualista, tendo no entanto uma génese substancialmente diferente.

Tal como o racionalismo, o contratualismo perspectiva o Homem como um ser autónomo, com capacidade para se auto-governar, uma vez que todos os Homens nascem livres e independentes. A sociedade é desta forma construída a partir do acto voluntário de consentimento dos cidadãos que a compõem.

Não poderíamos deixar de destacar os trabalhos de John Locke no que concerne à sua teoria dos direitos naturais, que considera todos os Homens como tendo nascido livres. Para este autor, a liberdade não é um mero atributo, mas “um poder” intrínseco, o que torna os indivíduos capazes de efectuar e assumir escolhas livres e responsabilidades. Desta forma, assiste à condição Humana o conceito de “autonomia”. O Homem que não é capaz de criar as suas próprias leis, vai cair no estado da natureza, que consiste num estado infra-Humano.

Enquanto que para a escola Racionalista o Homem é sempre livre porque é racional, para a escola Contratualista o Homem é livre porque nasce livre, excluindo desta forma a moralidade como sendo um produto da razão.

Apesar da importância atribuída por Locke ao conceito de autonomia Humana, ele fá-lo no domínio político e forense, não o consagrando à luz de uma filosofia moral.

O Homem consegue garantir o seu estado pós-natural pelo firmamento de um contrato social que garante a preservação da condição do seu nascimento e, como contrato que é, normatiza de forma amplamente aceite, a acção do Homem pelas regras sociais.

Não poderíamos deixar de abordar igualmente os trabalhos de John Stuart Mill, no que concerne à sua reflexão sobre a autonomia. Seguindo uma corrente utilitarista e edonista, a liberdade (autonomia) constitui-se para Mill, segundo Patrão Neves (2001:160), como “a condição mínima indispensável para que este [homem] desenvolva maximamente as suas potencialidades”, o que a torna num direito fundamental do Homem. Segundo a mesma autora (2003:160), a “autonomia é, pois, liberdade de coacção exterior e via que conduz à realização da felicidade”. Ninguém deverá interferir com a liberdade do outro, excepto se para prevenir qualquer mal. Mill defende este princípio não por considerar primariamente a autonomia como o cerne do seu pensamento, mas por a colocar ao serviço da felicidade e crescimento da cada um, ou seja, como veículo de acesso à maior felicidade para o maior número possível. Em Mill, a autonomia é compreendida como natural e originária ao Homem, detentora de um estatuto de direito, tal como afirma Jennings (2007:83) relativamente ao pensamento deste autor – cada pessoa é o mais razoável detentor e defensor dos seus interesses e objectivos².

A partir da reflexão de vários filósofos ao longo da história e em particular de Mill e Kant, a autonomia consagrou-se como um conceito indissociável do conceito de Homem, independentemente da génese justificativa da sua existência. Tomando o Homem o direito à sua liberdade, como forma de se desenvolver no seu máximo de capacidades, ele passa necessariamente a determinar o seu percurso, as suas escolhas do dia a dia, tomando o direito de decidir sobre si e o seu corpo. Esta é uma conquista com implicações fundamentais nos domínios da saúde, afastando a tradicional escola paternalista, sem no entanto negar a sua importância, e centrando os

² “Each person is the most reasonable custodian and definer of His or her own interests and objectives”

cuidados enquanto decisão, nos utentes. Como tal, também no domínio da obstetrícia, o primado da autonomia trouxe profundas implicações no cuidar da grávida, parturiente e puérpera. A mulher, enquanto ser autónomo deverá poder exercer a sua autonomia na tomada de decisões que se relacionam com a sua forma de viver a gravidez, o trabalho de parto e o próprio parto. Não é inocentemente que nos dias de hoje cada vez mais se encontram tanto no meio científico como no dos media, mais apelos a novas formas de “dar à luz”, frequentemente englobadas num conceito conhecido como “parto natural”, onde a mulher parece cada vez mais querer ser o agente decisor do seu parto.

1.3 - AUTONOMIA E CONSENTIMENTO EM CUIDADOS DE SAÚDE

O exercício de autonomia, já demonstrado anteriormente como constituindo um conceito fundamental na definição do que entendemos por Homem, assume-se no contexto dos cuidados de saúde como de particular complexidade e importância.

É com o advir do espírito liberal, que o doente passa a ser considerado como um ser adulto e autónomo, e como tal, capaz de compreender e decidir sobre a sua vida e saúde. Tal como afirma Gracia (2007:205) – “todo o ser Humano é autónomo e o doente também”. Apesar desta abertura à autonomia, o Homem do século XVII mantém uma perspectiva algo “paternalista” dos cuidados de saúde, mantendo no médico a possibilidade de se fazer valer do recurso a “privilégios” terapêuticos, que lhe permitiriam tomar decisões pelos doentes quando considerassem ser essa a melhor opção a tomar. Desta forma, a autonomia do doente neste período correspondia sobretudo a uma forma de legitimação do processo terapêutico, uma vez que permanecem as motivações de carácter beneficentista, conforme podemos compreender pelas seguintes palavras – “ Consentir o que (o doente) queira em coisas não transcendentais, mas manter uma

autoridade inflexível sobre ele nas questões que são essenciais para a vida” (Gracia 2007:207).

É por pressão da disciplina do direito que progressivamente o conceito de autonomia se introduziu nas disciplinas da saúde, uma vez que até então, o próprio carácter paternalista da profissão fazia com que o médico não tivesse que justificar os seus procedimentos. Até ao século XIX a única medida legal passível de condenar um médico seria a de “agressão física” que como tal recaía em particular sobre os cirurgiões. É a estes últimos a quem Gracia reconhece nos seus estudos um maior cuidado pelo respeito da vontade do doente. Apesar do exposto, mesmo durante o século XIX a temática do consentimento informado e do respeito pela autonomia do doente mantiveram-se como “instrumentos” para garantir uma maior colaboração do doente no processo terapêutico. Existem no entanto nesse século, frequentes relatos na história Norte Americana, de processos jurídicos contra médicos/cirurgiões, não tanto pela prática não consentida de tratamentos, mas por quebra do acordo médico/doente estabelecido. Desta forma, ao longo do século XX, os direitos civis vieram a ter um incremento muito significativo e como consequência, as ingerências do direito na *praxis* médica foram gradualmente aumentando. Um momento decisivo desta evolução foi o pós-Guerra Mundial, após se terem conhecido não apenas as atrocidades cometidas pelos médicos Nazis, bem como os ensaios levados a cabo pelos Estados Unidos, com a sua população civil e militar, sem conhecimento dos mesmos. Tal como afirma Jennings (2007:81) – A autonomia veio permitir à pessoa exigir respeito por parte de outra como matéria de direito. Não pedir apenas baseado em respeito, boa vontade, amizade ou caridade, mas exigí-la³.

Mas apesar de todo o exposto acima, fica-nos a necessidade de compreender o presente enquadramento da autonomia do indivíduo nos modernos cuidados de saúde. Será a capacidade de decidir condição única de autonomia?

³ “Autonomy allows one person to demand respect from another as a matter of right. Not to ask meekly for respect as a matter of goodwill, friendship, or charity, but to *demand* it”

Presentemente o facto de um individuo possuir a capacidade de ser autónomo, não é necessariamente garantia de que este haja sempre de forma autónoma. A autonomia constitui-se deste modo como um processo, onde os indivíduos não a exercem sempre de igual forma nas diversas situações com que se deparam no seu percurso de vida. Como defende Reich (2003:218) – existem “três elementos de autonomia como a intencionalidade, liberdade para controlar influências e a compreensão”⁴ (a estes 3 elementos será posteriormente adicionada a autenticidade, sobre a qual nos debruçaremos mais tarde).

A autonomia centra-se na capacidade da pessoa em tomar decisões sobre o seu percurso de vida, no entanto, o facto de o individuo se sentir capaz de decidir, ou mesmo de ser reconhecidamente capaz de tomar decisões, não é condição única no garante do seu exercício de autonomia.

A tomada de decisão é feita sob uma multiplicidade de elementos, que incluem os desejos/objectivos do individuo, as suas expectativas, os seus conhecimentos sobre o problema colocado, e a conjugação dos seus valores com os valores do outro. Desta forma, a tomada de decisão encontra-se particularmente vulnerável a influências externas podendo a sua expressão nem sempre reflectir os reais desejos do individuo. Importa aqui também realçar, que a tomada de decisão em si mesma pode constituir-se como o desejo de não decidir, e deste modo impor aos profissionais o recurso a uma situação de “pseudo-paternalismo” onde conscientemente o individuo toma a decisão de depositar as suas decisões na equipa de saúde.

Curiosamente o ideal de autonomia, não requer que os indivíduos tomem decisões conscientes e deliberadas antes de cada acção. A pessoa que aceitou um grupo de preferências, crenças e atitudes, pode responder sem muito pensar, a situações comuns que se enquadram em padrões reconhecidos.

Tal como afirma Jennings (2007:77), o individuo autónomo age livremente de acordo com um plano por si escolhido⁵, pelo que importa, em cuidados

⁴ “three elements of autonomy as intentionality, freedom from controlling influence, and understanding”

⁵ “The autonomous individual freely acts in accordance with a self chosen plan”

de saúde, determinar até que ponto uma determinada acção/decisão, corresponde a um acto verdadeiramente autónomo. Este aspecto é conseguido pela análise da relação dos elementos de autonomia supracitados (intencionalidade, liberdade e compreensão) na tomada de decisão.

Por tudo o que foi dito anteriormente, podemos agora compreender que o paradigma da autonomia em saúde consiste na expressão de um consentimento informado, ou seja, o garante de que os três elementos em causa foram devidamente mobilizados para uma tomada de decisão consciente, racional e objectiva, de acordo com os valores do indivíduo.

1.4 - AUTONOMIA DE ESCOLHA E COMPETÊNCIA

Tal como foi afirmado anteriormente, a tomada de decisão, ou seja, o verdadeiro exercício de autonomia só pode ser considerado quando tem em conta os três elementos já referidos:

- Intencionalidade;
- Liberdade para controlar influências;
- Compreensão.

Desta forma é necessário compreender numa primeira análise, a que nível um determinado indivíduo é ou não competente para a tomada de decisões, tanto do ponto de vista legal, como psicológico e cognitivo. Sem esta prévia análise não se poderá certificar da validade do consentimento obtido.

A linha divisória entre ser competente e não ser competente, é frequentemente débil e instável. A competência ao nível da tomada de decisão pode ser encarada como um estado dinâmico, pelo que, o facto de se ser competente num determinado momento face a uma determinada situação, não determina este estado como Universal. Sabemos que uma criança mesmo pequena, pode expressar a sua vontade e desta forma exercer a sua autonomia, nomeadamente relativamente à escolha dos seus

prestadores de cuidados, no entanto, não lhe pode ser reconhecida a mesma capacidade face à decisão de se submeter a uma transfusão de sangue fundamental à sua sobrevivência, o mesmo acontece a uma mulher durante o trabalho de parto, se num momento a sua situação lhe permite competentemente participar nas escolhas relativas ao seu trabalho de parto (por exemplo posicionamentos durante o trabalho de parto), muitas vezes a ansiedade, o medo ou mesmo o puro desconhecimento relativamente à sua situação, pode implicar que ela deixe de ser verdadeiramente competente para a sua tomada de decisão. Por essa razão, o conceito de competência pode ser compreendido mais facilmente, quando perspectivado do ponto de vista específico do que do global, ou seja, sujeito a uma avaliação momento a momento, situação a situação.

Compreendemos que subjacente ao conceito de autonomia, terá que estar necessariamente sempre presente o conceito de competência, sendo que um utilizador dos serviços de saúde é competente quando consegue entender a informação que necessita para tomar uma decisão. Desta forma fundamenta-se a importância de uma correcta transmissão de informação por parte dos profissionais de saúde, por forma a permitir à mulher a quem prestam cuidados, obter um grau de competência suficiente que lhe permita decidir. Assim se pode compreender que apesar do profissional de saúde dar o seu parecer relativamente à opção que lhe parece mais adequada, cabe-lhe explicar à utente os factores que o levaram a decidir e as eventuais alternativas, por exemplo, no que concerne à opção por uma cesariana electiva, o médico assistente deverá (uma vez que não se trata de uma situação emergente) explicar à grávida as razões que indicam como preferencial ou mesmo “obrigatória” esta opção de parto, sem lhe omitir eventuais alternativas.

Também a forma de transmitir a informação pode ser determinante na compreensão dessa informação. É necessário e fundamental que esta seja de qualidade, expressa na linguagem do receptor, num ambiente tão propício quanto seja possível criar e em volume não excessivo, uma vez que o excesso de informação pode ser tão ou mais lesivo para a correcta compreensão do problema quanto o é o seu deficit, o que é muito facilmente compreensível durante o trabalho de parto, onde frequentemente a situação

de stress/medo/dor e mesmo de “densidade” emocional, podem dificultar a explicação de procedimentos ou mesmo de opções terapêuticas, sendo que a informação deve ser dada de forma e quantidade adequadas. Por exemplo, poderá não ser adequado explicar a uma mulher em início de trabalho de parto que ficará internada no bloco de partos, todos os procedimentos de um parto ou todos os riscos inerentes ao trabalho de parto, este seria o tipo de informação que provavelmente iria acima de tudo incrementar a ansiedade da mulher, lesando o princípio da beneficência por “prejudicar” aquilo que se eventualmente se espera que seja um trabalho de parto dentro da normalidade.

1.5 - A FUNDAMENTAÇÃO NA MORALIDADE DO PRINCÍPIO DA AUTONOMIA – IMPORTÂNCIA DA AUTENTICIDADE

Ao longo de vários séculos o princípio da moralidade estava fundamentado em critérios heterónomos, em particular na própria lei da natureza, pelo que seria bom tudo aquilo que obedecesse a essa lei. É com Kant que o Homem verdadeiramente se liberta dos grilhões da moral heterónoma e a fundamenta em si mesmo, tal como afirma Gracia (2007:249), “o homem é fim em si mesmo, enquanto a natureza tem mero carácter de meio”. É nesta ideia que nasce o conceito de autonomia, efectivamente ser moral implica ser autónomo, tal como afirma Gracia (2007:250) – “A autonomia pode ser considerada uma faculdade ou condição substantiva da realidade humana”. Neste seguimento, esta autonomia passou na actualidade a poder ser perspectivada segundo critérios mais simplista no entanto implicitamente consequentes do exposto por Kant. Ser autónomo pode também ser perspectivado como ser capaz de fazer escolhas ou realizar acções autónomas. Apesar de aparentemente consensual, esta última perspectiva levanta a questão de se saber o que efectivamente podemos considerar como acções autónomas. Parece-nos possível que existam acções levadas a cabo de forma “autónoma” sem no entanto o

serem. Em resposta a este dilema, Gracia (2007:250) apresenta três condições que deverão ser asseguradas no garante da verdadeira autonomia (conforme já havíamos visto com outros autores):

- Intencionalidade;
- Conhecimento;
- Ausência de controlo Externo.

Desta forma, um indivíduo apenas age de forma autónoma quando vê respeitadas as três condições supra apresentadas, no entanto a autonomia não é um conceito bipolar, ou seja, pelo qual existe na totalidade ou não existe. Efectivamente segundo o autor citado, a única condição que não aceita gradações é a primeira – Intencionalidade. Efectivamente a intencionalidade apenas pode ou não existir enquanto que o conhecimento pode assumir diversos graus, este deve ser de nível adequado à capacidade do decisor, por forma a que consiga compreender a situação em causa. O excesso de informação poderá ser tão lesivo quanto o seu deficit, por poder não conseguir ser assimilado e compreendido de forma correcta. Em suma, para que possamos compreender a natureza, as implicações e consequências de uma acção, nem sempre é necessário ter um conhecimento exaustivo dessa acção, mas sim compreender de forma adequada a sua natureza.

A terceira condição é do controlo externo, também esta compreende graus, existindo para Gracia (2007) quatro graus fundamentais:

- Coerção;
- Manipulação;
- Persuasão;
- Autenticidade.

Estes quatro graus alertam para a necessidade de adequação da decisão ao sistema de valores do decisor. Dificilmente estaremos perante acções substancialmente autónomas, pelo que frequentemente estará presente

algum tipo de pressão externa, sendo fundamental tentar compreender o quão substancial é.

A coerção, manipulação e persuasão consistem desta forma em modos externos de controlar a pessoa. A primeira surge quando a influencia sobre o outro é feito de forma directa e “agressiva” por meios que podem chegar à ameaça, enquanto que a manipulação consiste em influenciar essa pessoa sem no entanto recorrer a métodos agressivos, mas que conseguem toldar o verdadeiro leque de opções do individuo. A persuasão consiste igualmente numa forma de controlo externo que faz uso de argumentos racionais e não de manipulação da vontade de forma agressiva ou de manipulação activa da realidade.

Como garante do respeito pela autonomia surge então a autenticidade, fruto da modernidade e que visa garantir que a escolha do individuo se faz independentemente dos meios de controlo externo que possam ter sido utilizados e como tal, consiga ir de encontro aos seus verdadeiros valores. Tal como afirma Levy (2007:73), a autenticidade é um dos valores definitivos da modernidade⁶, consistindo em *ser verdadeiro consigo mesmo*⁷, permitindo ao individuo encontrar por este meio a sua própria forma de viver.

Como já foi afirmado, podemos compreender facilmente que em muito poucas situações é possível isolar o individuo de várias formas de controlo externo, por exemplo, na relação terapêutica, o médico exerce necessariamente controlo sobre a decisão do doente, uma vez que, ele não existe como um mero sujeito passivo, mas sim alguém que é consultado e que procura com o doente encontrar o melhor caminho possível. É portanto necessário o estabelecimento do equilíbrio entre o princípios da autonomia e da beneficência, sem o qual a simetria da relação profissional de saúde/utente estaria posta em causa, com claros danos para ambos, uma vez que o profissional de saúde converter-se-ia, tal como afirma Patrão Neves (2008:63) “num servidor ou gestor de interesses do doente, numa funcionalização tecnicista das suas competências”.

⁶ Autenticity is one of the definitive values of modernity

⁷ being true to oneself

1.6 - AUTONOMIA EM TRABALHO DE PARTO

O processo de decisão da mulher em trabalho de parto enquadra-se no descrito nos sub-capítulos anteriores, relativamente à autonomia em cuidados de saúde.

A mulher em trabalho de parto poderá vir a ser chamada a exercer a sua autonomia numa multiplicidade de situações, nomeadamente relativamente à escolha do tipo de parto que pretende (cesariana ou vaginal), o acompanhante que gostaria de ter durante o trabalho de parto e parto, a possibilidade de deambular durante o trabalho de parto, o recurso a técnicas analgésicas, monitorização contínua ou intermitente, ou mesmo em situações mais simples como a opção pela não realização de tricotomia ou episiotomia.

É pois cada vez mais frequente na prática da obstetrícia, encontrar parturientes que trazem consigo para a maternidade um “documento”, habitualmente conhecido como “plano de parto”, onde expõem os seus desejos para o seu trabalho de parto e parto. Neste documento é comum encontrarem-se menções como as referentes à deambulação, recurso a uma bola de pilates, ingestão de alimentos/líquidos, recusa ou aceitação do uso de oxitocina, menção ao desejos de evitar ou não o recurso a episiotomia, entre muitos outros. Apesar destes desejos, as decisões tomadas pelos profissionais deverão ter sempre em conta os princípios enunciados no modelo principialista – Beneficência; não maleficência, autonomia e Justiça.

Apesar de frequentemente se revestir de particular complexidade a conjugação dos diferentes princípios, e mesmo algumas vezes ser necessário sacrificar um princípio em nome de um que surge como prioritário, todos eles devem estar presentes. Nomeadamente no que concerne à escolha do tipo de parto, quer seja cesariana ou vaginal, uma vez que, segundo a OMS, o parto mais fisiológico e desejável seria o parto por via vaginal.

Na sua autonomia, a mulher, desde que devidamente esclarecida sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, poderia mesmo assim optar por aquele que clinicamente é, de um modo geral, “menos desejável”, no entanto, a implicação neste processo do princípio da justiça, ou seja, de uma justiça distributiva, virá impedir frequentemente que esta decisão seja

tomada de forma imediata, uma vez que, face a recursos limitados, também na tomada de decisões clínicas terá que se garantir a racionalização dos mesmos, o que torna o motivo da autonomia da mulher não fútil, no entanto, não justificável em si mesmo.

Aspectos como a adesão ou não a rotinas de internamento que não têm em si mesmas vantagens terapêuticas declaradas, como sejam a tricotomia ou o enema de limpeza, deverão licitamente ser decididas pela mulher no momento do internamento, tendo para isso que ser explicada a razão da proposta de procedimento, as suas vantagens conhecidas e as suas desvantagens.

No que concerne aos aspectos relativamente ao posicionamento e monitorização em trabalho de parto, a decisão deve sobretudo ser de carácter participativo. Recordamos que o exercício da autonomia se constitui como um processo onde a capacidade de decisão nem sempre se toma como sinónimo de capacidade de exercer autonomia. Este aspecto é de particular relevância neste ponto, por muitas vezes as decisões da mulher relativamente ao seu posicionamento durante o trabalho de parto ou eventual monitorização, bem como do uso de drogas para acelerar o processo, possa estar condicionada por imagens erróneas e pré-concebidas, como tal, sem verdadeira expressão na realidade científica. Para além deste aspecto é de alertar ainda que as opções no que concerne à monitorização do bem estar fetal, têm por si mesmas implicações em eventuais decisões clínicas, frequentemente de difícil compreensão para a mulher. É necessário portanto que a cada momento o profissional seja capaz de desconstruir a sua linguagem científica tornando-a inteligível a quem presta cuidados.

É fundamental compreender quais os factores motivacionais de cada mulher em trabalho de parto, a sua história e igualmente os seus desejos. Esta torna-se na principal razão motivadora da realização deste estudo. Efectivamente a mulher enquanto ser autónomo e senciante deverá ter a capacidade e o desejo de decidir sobre si mesma, no entanto, o momento do parto constitui-se como um momento de grande intensidade, pelo que facilmente esta se pode ver condicionada pelo ambiente e decisões dos profissionais que a rodeiam, por estes serem membros com formação científica específica. Apesar do exposto, devemos compreender que o rigor

do conhecimento científico jamais se pode sobrepor à autonomia de cada um, uma vez que, apenas numa perspectiva paternalista (baseada unicamente no princípio da beneficência) se poderia conceber que a expressão de desejos da mulher apenas teriam sentido dentro do quadro do cientificamente mais desejável.

Assim, parece-nos que a autonomia no trabalho de parto deveria ser considerada como um percurso, que surge pelo menos desde a notícia da gravidez e se propaga por toda a gestação, tendo o seu culminar no momento do parto. Existem nos dias de hoje vários grupos de defesa do parto Humanizado, que produzem grande quantidade de informação no sentido de permitirem à mulher optar pelas formas de ter o seu filho, no entanto, esta informação tende a ser tendenciosa e profundamente orientada para as opções defendidas por estes grupos. Assim parece-nos que para além do caminho que se deveria ter percorrido durante a gestação, é importante dar à mulher em trabalho de parto, toda a informação que ela necessite para se tornar um membro efectivo no enquadramento da equipa de saúde e como tal, ser ela mesma a tomar as principais decisões relativas ao seu trabalho de parto e parto (excepto se o seu desejo consciente for o oposto). O primado da autonomia permanece desta forma intacto, sem necessariamente ferir o respeito pelos restantes princípios. É importante no entanto salientar que existe durante o trabalho de parto, uma fronteira muito ténue entre aquilo que pode ser encarado como uma decisão racional e aquilo que efectivamente é apenas fruto da intensidade do momento, ou de um processo de informação/formação deficiente ou tendencioso, pelo que a avaliação dos profissionais de saúde deve ser contínua e particularmente cuidadosa.

É necessário que a mulher não conheça apenas o cuidado que lhe é prestado, mas o seu fundamento e seja chamada a decidir da sua aplicabilidade. Para isso é igualmente deverá ser informada da situação fetal e de um eventual prognóstico.

Para além dos aspectos intimistas do parto, os factores que se relacionam com a gestão do espaço envolvente são igualmente de grande importância. Parece-nos que é fundamental que a mulher possa decidir acerca das pessoas que a acompanham durante o trabalho de parto e parto.

O ambiente, a sonoridade, a luminosidade, são factores que poderão ser determinantes no desempenho da mulher, ao contrario da mera entrega aos desejos da equipa de saúde.

Acompanhar um trabalho de parto surge desta forma como um desafio, científico, pessoal e acima de tudo ético, uma vez que se vive no balanço do equilíbrio entre uma vida senciente e portanto dotada de desejos, capaz de emitir opiniões e expressar desejos e uma outra vida, que apesar de não senciente e não dotada de personalidade jurídica, tem igualmente direito a uma vida “boa” e à realização plena das suas capacidades latentes.

Em suma, podemos compreender que, tal como foi afirmado, quando falamos em autonomia em trabalho de parto falamos de um processo onde a cada momento se vai desconstruindo o léxico científico/técnico, para que a mulher a quem se presta cuidados e respectiva família possam ser chamados ao centro de decisão, como membros de pleno poder e capacidade de decidir da forma mais vantajosa para eles mesmos. Este é sem duvida um processo de grande complexidade, que numa aplicação plena pede aos profissionais de saúde consigam a cada momento compreender que o respeito pela autonomia da mulher não constitui um dano na sua autonomia profissional, mas sim um incremento pela qualidade, participação e rigor ético obtido através deste processo.

2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo que efectuámos teve como base o projecto de investigação desenvolvido no sentido de conhecer a forma como a mulher em trabalho de parto sente que geriu a sua autonomia

A perspectiva que a mulher tem do exercício da sua autonomia em trabalho de parto poderá constituir-se como um valioso indicador para os profissionais de saúde relativamente à forma como eles desenvolvem o seu trabalho do ponto de vista ético, quer seja de forma consciente ou inconsciente.

A qualidade da prestação de cuidados é o valor de referência, através do qual os profissionais de saúde deverão guiar-se para orientar as suas acções dando-lhes o devido sentido.

Para investigar correctamente esta temática e, como em qualquer tipo de investigação tornou-se essencial explicitar o plano ou desenho da investigação.

Foi com base no desenho da investigação que foi delineado o tipo de pesquisa, seleccionámos o método de recolha de informação tendo ido de encontro à natureza do estudo e às informações que desejámos obter.

A metodologia qualitativa, foi a metodologia utilizada neste trabalho e foi a que mais se adequou, já que para Fortin (1999:22) – “O investigador que utiliza o método de investigação qualitativa está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo (...) o objectivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar”.

A investigação efectuada, pode ser considerada como descritiva/exploratória, na medida em que, “esta área de investigação implica

estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação” Carmo (1998:213).

Analítica porque a análise de dados e de conteúdo constitui o cerne deste trabalho de investigação.

Finalmente e, pelo facto de, ter decorrido durante um período de tempo previamente definido, este estudo pode ser considerado, como transversal.

2.2 – POPULAÇÃO ALVO

O estudo foi realizado no Hospital Nossa Senhora do Rosário no serviço de internamento de puérperas, decorrendo de 10 de Fevereiro de 2008 a 12 de Março de 2008, pelo que a população alvo se constituiu por todas as puérperas internadas neste período de tempo no referido serviço.

2.3 – AMOSTRA

Carmo (1998:191) define a amostragem “como a técnica que conduz à selecção de uma parte ou subconjunto de uma dada população ou universo que se denomina amostra, de tal maneira que, os elementos que constituem a amostra representam a população a partir da qual foram seleccionados”.

As diferenças lógicas subjacentes às técnicas de amostragem é que evidenciam a diferença entre os métodos quantitativos e qualitativos. A investigação qualitativa focaliza-se em amostras relativamente pequenas, ou mesmo casos únicos, seleccionados intencionalmente. Neste tipo de estudo, pelo facto de o número de pessoas entrevistado ser limitado, a questão da representatividade no sentido estatístico do termo não se coloca, sendo a amostragem definida pela sua adequação aos objectivos traçados para a investigação, tendo como referência a necessidade de construir uma

amostragem suficientemente diversificada, por forma a garantir que nenhuma situação importante foi esquecida.

Recorremos neste estudo, à amostragem não probabilística que, segundo Fortin (1999:363) é “o processo pelo qual todos os elementos da população não tem uma probabilidade igual de serem escolhidos para fazerem parte da amostra”.

O método a utilizar neste tipo de amostragem foi o intencional porque a selecção dos sujeitos faz-se com base em critérios pessoais. São pois, vários os critérios escolhidos para a selecção da nossa amostra.

Considerando a população definida para este estudo, conforme descrito anteriormente, seguiram-se os seguintes critérios para selecção da amostra:

- Puérperas
- Primíparas;
- Mulheres que tenham entrado em fase activa de trabalho de parto, independentemente do tipo de parto.

A amostra foi constituída por dez puérperas, por não ser possível recorrer a mulheres em trabalho de parto, uma vez que se encontram nesse momento numa situação de particular fragilidade física e emocional, o que poderia inquinar os resultados do estudo.

A escolha de primíparas justifica-se por ser a primeira vez que passam por este tipo de situação, pelo que se pretende evitar a contaminação do resultado por experiências anteriores.

A amostra seleccionada apenas contempla mulheres que tenham passado por trabalho de parto em fase activa, independentemente do tipo de parto, por forma a excluir cesarianas electivas e a garantir que a sua experiência de parto é a mais rica possível, permitindo a obtenção de dados com maior rigor e qualidade.

Estamos certamente face a um grupo muito heterogéneo, no entanto o nascimento constitui-se como um momento ecuménico na vida da mulher, pelo que não se tentou homogeneizar a amostra mas sim compreender a

percepção de um grupo heterogéneo, não caindo no risco de apenas compreender a visão de um bloco restrito da população.

2.4 – INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento de pesquisa utilizado foi a entrevista.

A entrevista pressupõe um contacto directo entre o investigador e o entrevistado, durante a qual o entrevistado expõe as suas percepções e interpretações de um determinado acontecimento. O investigador através das perguntas que faz direcciona a entrevista para os objectivos da investigação.

Existem várias formas de entrevistas, entre elas a *entrevista semi-directiva*. Esta corresponde a um tipo de entrevista que não é completamente encaminhada pelo investigador. O investigador tem como base um conjunto de perguntas guia, que são relativamente abertas. No entanto, o investigador não necessita de colocar as perguntas pela ordem prevista no guião e nem utilizando as mesmas palavras. O entrevistador deve deixar o entrevistado falar livremente, apenas interferindo para encaminhar a entrevista na direcção dos objectivos do estudo.

Na preparação de uma entrevista há que ter em conta determinados aspectos que podem influenciar as respostas obtidas, tais como: o contexto interpessoal e as condições sociais da interacção. No que diz respeito às condições interpessoais estas relacionam-se com as capacidades do investigador de se fazer entender quanto aos temas a abordar sem contudo induzir ao mesmo tempo elementos de conteúdo. Isto é bastante importante na entrevista semi-directiva, e exige algum treino do entrevistador.

As condições sociais incluem, por exemplo, a relação social do entrevistador com o entrevistado, as condições espaço – temporais.

Segundo Albarello (1997:101) - “É possível afirmar que as respostas diferem consoante a proximidade ou o afastamento do interlocutor, mas não pode deduzir-se que sejam mais «verdadeiras» num caso do que noutro. (...) quanto maior for a distância, mais o entrevistado terá de explicitar os seus comportamentos ou pensamentos para se fazer compreender”.

Relativamente às condições de espaço e tempo é importante que o local escolhido facilite a expressão da opinião do entrevistado, devendo estar de alguma maneira relacionado com o objecto de estudo e proporcionar isolamento de forma a promover o silêncio, e ainda evitar que a conversa seja ouvida por outros, ou que seja interrompida por barulhos de outras pessoas, de telefones, etc., de forma a não prejudicar a sequência da resposta.

A duração da entrevista também é um dado pertinente pois quanto mais curta a entrevista for, maior dificuldade terá o entrevistador para estabelecer uma relação de confiança com o entrevistado o que pode condicionar os dados recolhidas.

Fases da entrevista

O entrevistador parte para a entrevista levando consigo o guião de entrevista. Este guia difere do questionário, pois tem como objectivo apenas orientar sobre os temas a abordar, respeitando desta forma a ordem de pensamento do entrevistado.

Antes de começar a entrevista o investigador deve tentar por à vontade o entrevistado, recordando-lhe os objectivos da investigação, a forma como foi seleccionada a amostra, a duração da entrevista e a forma como a entrevista irá decorrer, de acordo com o tipo de entrevista (semi-directiva, directiva...).

Segundo Albarello (1997:111), ao começar a entrevista o investigador escolhe uma questão introdutória, que pode estar relacionada com o tema da entrevista ou então com aspectos relacionados com a situação da entrevista, por exemplo a função exercida pelo entrevistado.

Durante a fase designada como o corpo da entrevista e de acordo com o tipo de entrevista escolhido o entrevistador deverá tentar impedir que o entrevistado se afaste completamente do tema abordado, poderá fazê-lo dizendo-o simplesmente ou então reformulando a pergunta de forma a que o entrevistado se foque no assunto. É importante também que o entrevistador evite valorizar determinados pontos de vista do entrevistado.

No fim da entrevista o investigador poderá aproveitar para validar com o entrevistado como correu a entrevista, se ele conseguiu exprimir-se como queria, se ele se sentiu à vontade, se entende que foi omitido algum aspecto importante. Isto permite situar o que o entrevistado disse no contexto particular da entrevista.

As principais vantagens da entrevista, apontadas por diversos autores, estão relacionadas com o grau de profundidade dos elementos de análise recolhidos; a flexibilidade do método; a pouca directividade que promove a recolha de testemunhos, das interpretações dos entrevistados, utilizando a sua linguagem.

Segundo Quivy (1998:194), as limitações deste método são a própria flexibilidade do método que pode causar problemas aos entrevistadores que não consigam trabalhar sem técnicas precisas, ou pensem que essa flexibilidade lhes permite conversar de qualquer forma com os entrevistados; o facto dos dados recolhidos não se apresentarem de uma forma fácil de analisar, pressupõe que métodos de recolha e análise da entrevista sejam escolhidos simultaneamente, e por último o facto de a flexibilidade do método poder levar o entrevistador a pensar que existe uma inteira espontaneidade do entrevistado, assim como, uma completa imparcialidade da sua parte. As respostas do entrevistado estão sempre de alguma forma ligadas à relação que o une ao entrevistador, e este terá de ter isto em conta aquando da análise da entrevista para poder interpretar os dados de forma válida.

As entrevistas pressupõem sempre uma análise de conteúdo sistemática posterior, neste trabalho, desenvolveu-se esta análise seguindo as directivas de Bardin (1977).

2.4.1 – Pré-Teste

Antes de aplicar a entrevista foi necessária a validação do seu formulário, ou seja, realizar um pré-teste.

A principal finalidade de um pré-teste é assegurar a sua validade e precisão; para isso é fundamental que os elementos seleccionados para o realizar apresentem as mesmas características da amostra do estudo.

Conforme previsto, foi efectuado um pré-teste a quatro puérperas de um serviço de internamento de obstetrícia, após termos sido autorizados pela enfermeira chefe do referido serviço. O envio de carta para pedido de autorização para realização do pré-teste, foi dispensada pela chefia do serviço.

As entrevistas foram aplicadas a quatro puérperas, que cumpriam os critérios previamente previstos.

Deslocámo-nos ao serviço onde efectuámos o estudo, e tendo em conta os critérios previamente definidos de selecção dos sujeitos, realizámos junto da puérpera um primeiro contacto, para identificar quem estaria interessada em participar. A participação por parte das puérperas, surgiu por convite, tendo-lhes sido explicados o objectivo do estudo, o facto de nos encontrarmos apenas a realizar um pré-teste pelo que as respostas não teria expressão directa nos resultados finais e finalmente garantindo o total anonimato das respostas. Foi sempre assegurado às entrevistadas a total disponibilidade para posteriormente lhes serem facultados os resultados.

As entrevistas realizaram-se num gabinete privado e reservado, por forma a garantir o sigilo e um ambiente calmo nas entrevistas. Cada entrevista teve uma duração média de vinte minutos, tendo sido gravadas em minidisc, após autorização prévia das entrevistadas.

A adopção pela recolha da gravação em minidisc, garantiu a fidedignidade dos dados e a disponibilidade do entrevistador, por não ter que estar preocupado em tomar notas.

A entrevista foi alvo de uma cuidada preparação, para que a colheita de dados pudesse decorrer com o mínimo de interferências.

Uma das preocupações nesta fase, consistiu em criar as condições necessárias, que respeitassem a privacidade das entrevistadas. Após as apresentações feitas, determinámos que na fase introdutória da entrevista deveríamos:

1. Dar a conhecer, de um modo geral, quais os objectivos do trabalho;
2. Confirmar a decisão da puérpera em aceitar participar na entrevista;

3. Garantir à puérpera, que a qualquer momento e sempre que desejar, poderá interromper a entrevista;
4. Garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados, inclusive no relatório;
5. Solicitar a autorização para proceder à gravação da entrevista em minidisc;
6. Informar que o entrevistador terá apenas o papel de ouvinte e não de juízes.

Todas as puérperas que contactadas acederam prontamente em participar na pesquisa.

Durante a aplicação das entrevistas, houve o cuidado de não interferir, excepto quando se considerou necessário clarificar algum aspecto. Foi pretendido levar a puérpera a reflectir, para em seguida responder às questões.

Durante as entrevistas, foi sempre dada atenção a todos os aspectos relativos à comunicação em todas as suas formas, tanto verbal como não verbal. Estes cuidados com a comunicação foram tidos em conta não apenas relativamente à puérpera como igualmente relativamente ao próprio entrevistador, evitando que, de forma inconsciente, se transmitissem mensagens geradoras de confusão, ou que de alguma forma, pudessem influenciar as respostas. A postura, o olhar e o tom de voz foram por isso, particularmente cuidadas durante a colheita de dados.

Após a realização de quatro entrevistas, estas foram transcritas, e seguidamente foi feita a análise do seu conteúdo por ambos os membros do grupo, procurando compreender se este instrumento se encontrava adequado para a obtenção da informação necessária a este estudo, bem como, comparando as dificuldades sentidas por ambos os membros do grupo, para a aplicação do referido instrumento. De igual forma, no fim de cada uma das entrevistas, a puérpera foi questionada sobre a entrevista efectuada, procurando compreender se considerou ter sido suficientemente clara e se não foi geradora de constrangimentos.

Da análise das entrevistas, concluiu-se que este instrumento se revelou adequado para o estudo em projecto, não se tendo detectado a necessidade

de qualquer alteração, pelo que por se considerar válido, este instrumento foi aplicado durante as entrevistas.

2.4.2 – Guião de Entrevista

Seguidamente passamos a apresentar o guião de entrevista:

I – Tema

- Exercício da autonomia da mulher em trabalho de parto – perspectiva da puérpera

II – Objectivos Gerais

- Obter elementos de caracterização da população alvo;
- Obter elementos que permitam elaborar um questionário para dar resposta à questão de investigação - **De que forma a mulher em trabalho de parto considera que geriu a sua autonomia?**

Designação dos Blocos	Objectivos Específicos	Formulação das Questões	Observações
Bloco A			
Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado para a realização temática	<p>Legitimar a entrevista</p> <p>Motivar o entrevistado para a importância do tema</p>	<p>Descrever de forma clara e sintética as linhas orientadoras do estudo e respectivos objectivos;</p> <p>Apelar para a colaboração da entrevistada devido à importância do seu contributo na prossecução do trabalho;</p> <p>Pedir autorização para a gravação integral áudio da</p>	<p>Informar sobre a duração aproximada da entrevista (cerca de 20 mtos)</p> <p>Esclarecer de forma clara e precisa a todas as perguntas efectuadas pela entrevistada, não proporcionando desvios do bloco e objectivo específico</p>

		entrevista; Assegurar a confidencialidade das informações transmitidas durante a entrevista; Informar a puérpera que posteriormente lhe será fornecido o resultado da investigação, caso o solicite;	
Bloco B Aquisição de dados sócio-demográficos	Caracterização da população alvo em estudo	Idade; Escolaridade; Tipo de parto; Local de vigilância da gravidez.	
Bloco C Introduzir o tema da vivência do sujeito durante o trabalho de parto	Facilitar a reflexão sobre o trabalho de parto, por forma a facilitar a colheita de informações;	Gostaria que me contasse a sua experiência no bloco de partos;	Escutar a resposta do entrevistado, não permitindo desvio dos objectivos específicos
Bloco D Participação da mulher nos cuidados prestados	Identificar os momentos em que a puérpera pensa ter intervido na sua prestação de cuidados durante o trabalho de parto e parto;	Durante a sua gravidez, por algumas vezes pensou como gostaria que fosse o seu trabalho de parto e parto? De que forma pensa que os profissionais que trataram de si durante o trabalho de parto e parto a podem ter ajudado? Percebeu o que lhe faziam e o que se estava a passar? Se não porquê? Sentiu-se “à vontade” com a equipa de saúde? Quando tratavam de si, pediram a sua opinião/ autorização/ ajuda? Pensa que poderia ter tido um papel “diferente” no seu trabalho de parto/parto? De que forma?	Escutar a resposta do entrevistado, não permitindo desvio dos objectivos específicos
Bloco D Conclusão	Agradecer a	Questionar a puérpera	

da entrevista	disponibilidade da puérpera para participar na entrevista	sobre se têm algo a acrescentar à entrevista; Agradecer a disponibilidade e desejar as maiores felicidades;	
---------------	---	--	--

2.5 – REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

A realização das entrevistas seguiu um planeamento e condução idêntico ao descrito anteriormente para o pré-teste.

O horário eleito para as entrevistas, foi sempre extra-laboral, numa sala privada, permitindo assim a criação de um ambiente calmo e, conseqüentemente, clima de abertura, clareza e espontaneidade.

As entrevistas tiveram uma duração de aproximadamente quinze a vinte minutos, tendo esta variação dependido da informação partilhada.

Realizaram-se dez entrevistas, o que conforme já foi dito, pareceu-nos constituir um número suficiente, devido à qualidade dos dados recolhidos.

Todas as entrevistas foram gravadas por forma a evitar enviesamentos de memória. Seguidamente procedeu-se às suas transcrições o mais precocemente possível, tentando reflectir na palavra escrita, a dimensão dramática da expressão oral, por forma a, garantir uma fiel interpretação e análise dos dados.

O tratamento e análise das entrevistas foi efectuado segundo uma análise qualitativa, seguindo principalmente as orientações de Bardin (1977).

2.6 – IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Para Fortin (1999:114) a ética é “a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e interdições

que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Primeiramente, foi solicitada a permissão à comissão de ética do Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro. Após a entrega de toda a documentação e de prestados os esclarecimentos considerados necessários, a comissão de ética deliberou favoravelmente relativamente à possibilidade deste estudo ser levado à prática, tendo autorizado a aplicação do instrumento de pesquisa.

Antes de partirmos para a realização das entrevistas, houve um primeiro contacto com as entrevistadas, informando e explicitando o tema do estudo, tendo sido clarificada a importância da sua participação. Deste logo, se garantiu o anonimato, a confidencialidade dos dados recolhidos e a privacidade de cada participante, bem como do distanciamento relativamente à instituição.

Ficou sempre claro o compromisso de divulgar os resultados obtidos aos participantes e à instituição caso seja solicitado.

2.7 – TRATAMENTO DOS DADOS

A escolha da opção metodológica de tratamento de dados constitui um momento fulcral para o sucesso da investigação. Por este se tratar de um estudo de carácter qualitativo, optou-se pelo recurso à análise de conteúdo para tratamento dos dados colhidos.

Esta é, tal como refere Landry (2000:101) “uma das técnicas mais comuns na investigação empírica”.

Segundo Landry (2000:103) que citou Berelson (1952), a análise de conteúdo define-se como “uma técnica de investigação que permite a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”. O mesmo autor (2000:103), citando Krippendorff (1980) define análise de conteúdo como “uma técnica de investigação que permite inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto”.

Pela análise das suas definições, podemos ficar com a noção que são francamente diferentes ou até oponíveis, no entanto, este facto deve-se à ausência de referências a métodos quantitativos por Krippendorff. Esta diferença deve-se todavia, a diversas abordagens metodológicas na forma de tratamento dos dados.

A análise de conteúdo pode ter um carácter quantitativo, reduzindo o material em estudo a categorias analíticas a partir das quais se podem produzir distribuições de frequência, estudos de correlações, análises factoriais, etc., ou um carácter qualitativo que interpreta o material com a ajuda de algumas categorias analíticas fazendo ressaltar e descrevendo as suas particularidades específicas.

A opção pela técnica de análise de conteúdo no tratamento dos dados, deveu-se sobretudo às vantagens que lhe são atribuídas por Quivy (1998:66):

- Todas as técnicas que constituem a análise de conteúdo são adequadas ao estudo do não dito e do implícito;
- Garantem o distanciamento do investigador, no que diz respeito a interpretações espontâneas, em particular às suas próprias. O investigador não utiliza as suas referências ideológicas para julgar os outros, pelo contrário, ele analisa-as a partir de critérios que incidem mais sobre a organização interna do discurso, do que sobre o seu teor implícito;
- Permite haver um controle posterior do trabalho de investigação, pois tem como objectivo uma comunicação descrita num suporte material, ou seja, num documento escrito;
- Diversos trabalhos de investigação são executados de uma forma metódica e sistemática, não sendo no entanto prejudicada a criatividade do investigador nem tão pouco, a profundidade e validade do estudo.

Vários são os autores que abordam a análise de conteúdo, alguns deles referidos ao longo deste capítulo, no entanto, optou-se por seguir prioritariamente uma linha metodológica, no sentido de facilitar ao leitor a

compreensão da análise e para que esta se revista de total coerência e homogeneidade.

Desta forma o escolheu-se seguir as linhas orientadoras de Bardin (1997). Serão, no entanto, igualmente encontradas referências influenciadas por Landry (2000), pela semelhança de perspectivas que as abordagens destes autores apresentam.

Este trabalho inicia-se após a aplicação do instrumento de colheita de dados, neste caso, constituído sob a forma de entrevista.

Feitas as gravações em suporte de “minidisc”, estas foram transcritas para papel, tão rapidamente quanto possível, procurando expressar na transcrição, toda a intensidade dramática transmitida pelas entrevistas.

Após este passo, iniciou-se o processo de codificação das entrevistas, tendo como condição fundamental, garantir o total anonimato dos entrevistados.

As entrevistas foram identificadas com letras de A a J, e as questões igualmente identificadas com as letras correspondentes ao bloco em que estão inseridas.

Iniciou-se, então, a etapa identificada por Landry (2000:351) como “pré-análise”, ou seja, foi feita o que Bardin (1997) apela de “primeira actividade”, que se constitui por uma leitura superficial, no sentido de primeiramente, sentir toda a sua dimensão. Inicia-se aqui a primeira fase de codificação dos dados.

Para Bardin (1997:104), a organização da codificação dos dados implica três passos:

- O recorte: escolha das unidades;
- A enumeração: escolha das regras de contagem;
- A classificação e agregação: Escolha das categorias.

Principia-se, então, o processo de fragmentação das entrevistas em unidades de registo e de contexto.

A unidade de registo ou significação é definida por Bardin (1977:104) como “o segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”. No entanto, a complexidade da

linguagem frequentemente dificulta um fraccionamento sem que, seja por vezes, necessário alargar a unidade de registo, por forma a, contextualizá-la. Assim a mesma autora, (1977:105) identifica igualmente unidades de contexto, que se definem como “unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às das unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta de cada unidade de registo”.

Optou-se por fazer a identificação das unidades de significância recorrendo ao tema utilizado frequentemente em análises temáticas. Tal como afirma Bardin (1977:105), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um contexto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Procurou-se encontrar nas entrevistas núcleos de sentido, tendo em conta que a sua frequência de aparição pode ter significado na análise dos dados.

A codificação de cada unidade de enumeração foi feita na sequência da codificação já feita anteriormente para as entrevistas, correspondendo a cada unidade uma letra relativa à entrevista onde se situa, uma segunda letra identificativa do bloco, um numero relativo à questão onde se insere essa unidade e finalmente o numero de ordem da unidade. Deste modo, obtivemos códigos como: AD12 – “Que tivéssemos falado que no parto eventualmente poderia ter acontecido isto, não, nunca”.

Desta forma, foi-se gradualmente constituindo o *corpus* da análise, primeiramente, com a estruturação de unidades de contexto. Procedeu-se, posteriormente, ao agrupamento das unidades de contexto, por semelhanças de significado, começando aqui a delinear-se o esqueleto da formação das categorias que viriam daí a emergir.

Com base na teoria e nos dados recolhidos nesta análise, iniciou-se uma das fases mais complexas e, de certa forma, mais trabalhosas de toda a análise. Constituída pela criação de uma grelha de análise, de carácter “misto” e portanto esta constitui-se por uma parte em que as categorias analíticas derivam de uma teoria enquanto que uma outra emergem do material analisado”.

A criação de categorias e subcategorias, constitui-se como um passo fundamental de todo o trabalho, como é afirmado por Landry (2000:110), “ as

categorias são o elemento chave do analista”. Assim, foram sendo identificadas subcategorias através de indicadores que surgem das próprias entrevistas, em conjugação com a teoria, tal como seria de esperar, na criação de uma grelha de análise de origem “mixta”.

Na organização das categorias, foi tido em conta a “regra da exclusividade”, ou seja, a cada unidade de contexto, apenas corresponderia uma categoria e subcategoria.

Após exaustivo trabalho, chegámos à constituição das unidades de registo (ANEXO II). Optámos inicialmente por uma grelha de enumeração que consistia em não valorizar o número de vezes que, cada indivíduo se refere às unidades mencionadas, no entanto, houve, posteriormente, a necessidade de identificar unidades de significância, que reflectisse o grau de importância que era dada a cada uma das unidades, ou seja, optámos por contabilizar não apenas as referências feitas, mas também o número de vezes que se repetiam.

Após alguma reflexão, optou-se por manter e analisar, conjuntamente, tanto as unidades de enumeração como as unidades de significância identificadas. Esta opção, surge pela consciência de que, se por um lado, a repetição de determinada unidade de registo revela um crescente de importância atribuída a essa unidade, a sua análise isolada poderia camuflar o resultado final, uma vez que, a repetição sucessiva de uma unidade pode, não ter o mesmo significado se, comparando com a repetição da mesma unidade apenas uma vez por elementos diferentes.

3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após a leitura das entrevistas efectuadas, procedemos à fragmentação e agrupamento das unidades identificadas, em categorias e subcategorias, conforme já descrito.

Através dos vários indicadores identificados, foi possível chegar a este capítulo, onde passamos a caracterizar a amostra em estudo e, seguidamente, a apresentar e analisar os dados obtidos.

3.1 – APRESENTAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS

Ao longo deste sub-capítulo serão apresentados os dados obtidos através das dez entrevistas efectuadas. Começaremos pela caracterização geral da amostra em estudo e seguidamente a apresentação das categorias, subcategorias e indicadores obtidos e respectivas valorações.

Seleccionamos dez puérperas para constituírem a nossa amostra, conforme os critérios definidos anteriormente.

Foram realizadas um total de dez entrevistas. A média das idades foi de 27 anos, com idades compreendidas entre os 20 e os 36 anos.

Das puérperas entrevistadas, sete detinham o nível de licenciadas e três tinham escolaridade de nível secundário.

Após a análise dos dados colhidos através das entrevistas efectuadas, foram obtidas cinco categorias de informação:

- Desejos da mulher/projecto de parto;
- Colaboração na prestação de cuidados – Atitude dos profissionais;
- Sentimentos relativos à qualidade da participação nos cuidados e acesso à informação;
- Decisões sobre a sua privacidade;
- Acompanhamento da evolução da situação fetal.

As categorias supra-apresentadas emergiram do conteúdo das entrevistas, tendo sido os dados colhidos agrupados em Unidades de Enumeração e Unidades de Significância, conforme já definido no capítulo referente ao enquadramento metodológico. A lista de expressões codificadas recolhidas e categorizadas encontra-se em anexo (anexo II).

Seguidamente apresentamos na tabela 1 uma síntese dos resultados obtidos:

CATEGORIAS	UE	US	US%
Desejos da mulher/Projecto de parto	16	43	25,90
Colaboração na prestação de cuidados – Atitude dos profissionais	20	60	35,14
Sentimentos relativos à qualidade da participação nos cuidados e acesso à informação	12	52	31,33
Decisões sobre a sua privacidade	3	8	4,82
Acompanhamento da evolução da situação fetal	1	3	1,81
Total		166	100

Tabela 1 – Categorias obtidas

No gráfico 1 podemos observar a distribuição obtida das unidades de significância, pelas categorias obtidas:

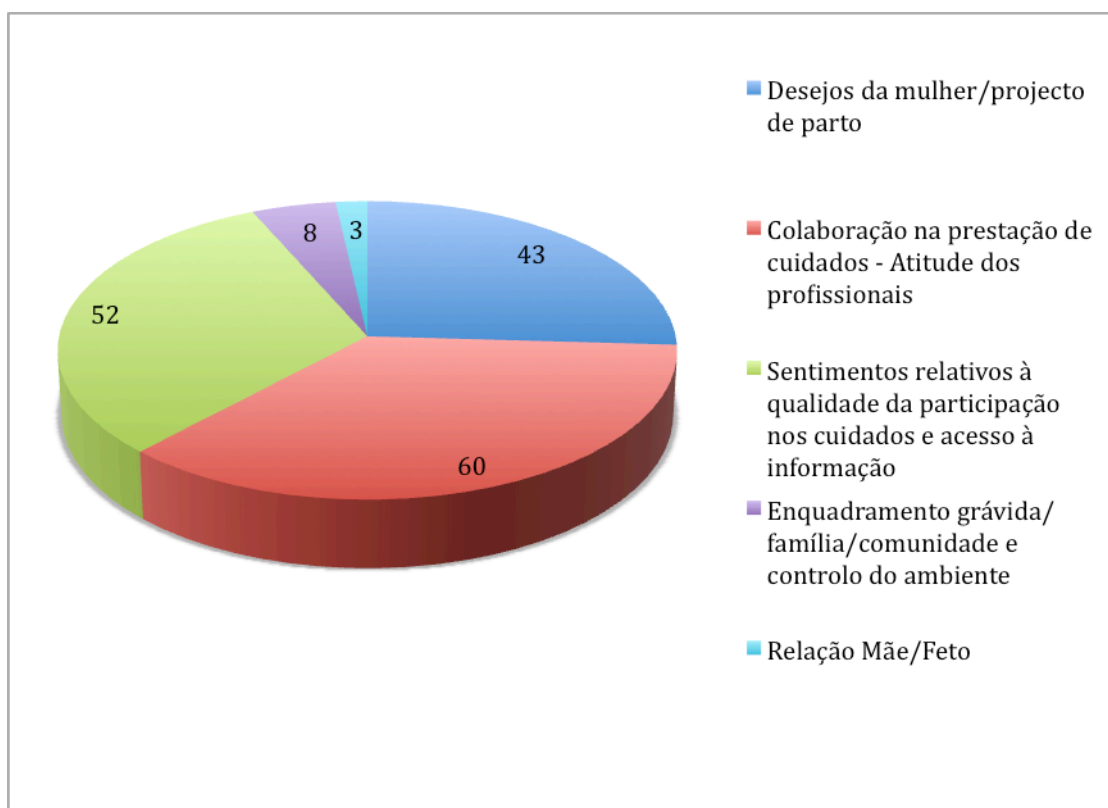


Gráfico 1 – Categorias obtidas - Distribuição

Conforme podemos verificar, a categoria que obteve maior expressão foi a que se reporta à Colaboração na prestação de cuidados – Atitude dos profissionais, com um total de 60 menções no universo das entrevistas (36,14%), seguindo-se a categoria – Sentimentos relativos à qualidade da participação nos cuidados e acesso à informação, com um total de 52 referências (31,33%). A terceira categoria mais mencionada foi a que se refere aos - Desejos da mulher/Projecto de parto com um total de 43 menções (25,90%). A categoria – Decisões sobre a sua privacidade, surge como a quarta mais referenciada, com um total de 8 referências (4,82%) e por último, o acompanhamento da evolução da situação fetal, com três referências (1,81%).

Seguidamente passaremos a analisar as diversas categorias separadamente, conhecendo as suas diversas sub-categorias e indicadores correspondentes.

3.1.1 – Desejos da mulher/projecto de parto

No que se refere à categoria – Desejos da mulher/projecto de parto, podemos observar os resultados obtidos pela observação da seguinte tabela:

Categoria	Subcategoria	Indicador	UE	%	US	%
Desejos da mulher/Projecto de parto	Planeamento com os profissionais de saúde – Início da acção	Atitude activa dos profissionais de saúde	5		10	6.03
		Busca de informação iniciada pela grávida	4		9	5.42
			9		19	11.45
	Planeamento individual	Necessidade de buscar informação	1		3	1.81
		Busca de informação através de relatos	1		2	1.20
		Desejos/ Idealizações	3		11	6.63
			5		16	9.64
	Expectativas Versus Realidade	Expectativas não asseguradas	2		8	4.81
			2		8	4.81
	Sub-total		16		43	25.90

Tabela 2 – Desejos da mulher/Projecto de parto

Conforme podemos constatar, verificou-se que a sub-categoria mais referenciada foi – Planeamento com os profissionais de saúde – Início da acção, com uma representatividade de 11,45% do total do universo de unidades de significância (para a totalidade das categorias), seguidamente

surge a sub-categoria Planeamento individual, com um total de 9,64% para o Universo das Unidades de Enumeração e em último a sub-categoria – Expectativas Versus Realidade, com uma representação total de 4.81% do Universo de Unidades de Significância.

Ao debruçarmos a nossa atenção sobre a sub-categoria – Planeamento com os profissionais de saúde, obtemos os dados apresentados no gráfico 2:

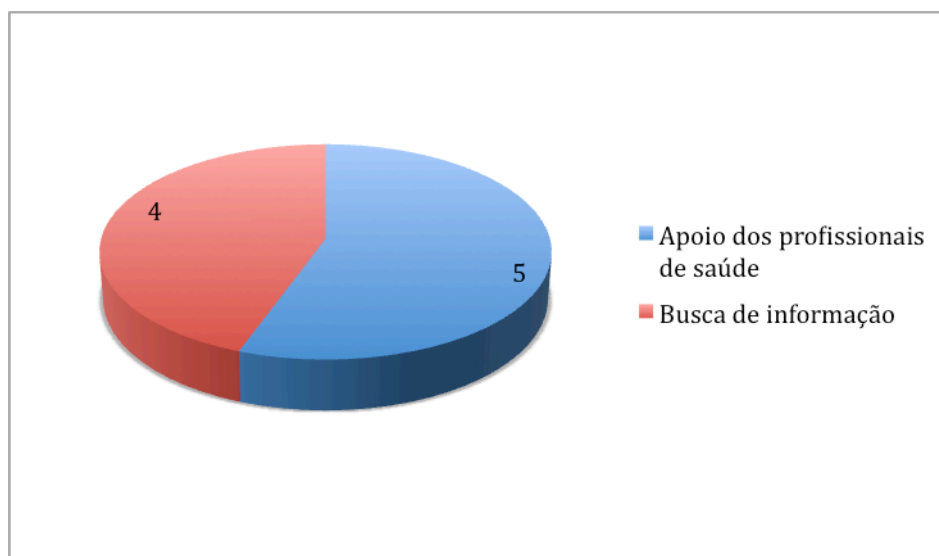


Gráfico 2 – Planeamento com os profissionais de saúde – Unidades de enumeração

Desta forma verificamos que no universo das entrevistadas, 5 mulheres se referiram a aspectos que se relacionam com a importância dos profissionais de saúde terem uma atitude “activa” no facultar de informação e orientação no acesso à informação necessária. Quatro entrevistadas mencionaram aspectos que se relacionam com a importância de elas mesmas procurarem junto de profissionais de saúde a informação que necessitam (busca pela informação iniciada pela grávida).

No gráfico 3 está representada a mesma distribuição, no entanto por unidades de significância, pelo que podemos compreender que no total de referencias, houve 10 referências a aspectos que valorizam a importância do inicio da acção de informar e orientar a busca de informação se centrar nos profissionais de saúde.

Obtiveram-se 9 referências relativas à importância da busca de informação ser centrada na própria grávida, pelo seu recurso a profissionais de saúde.

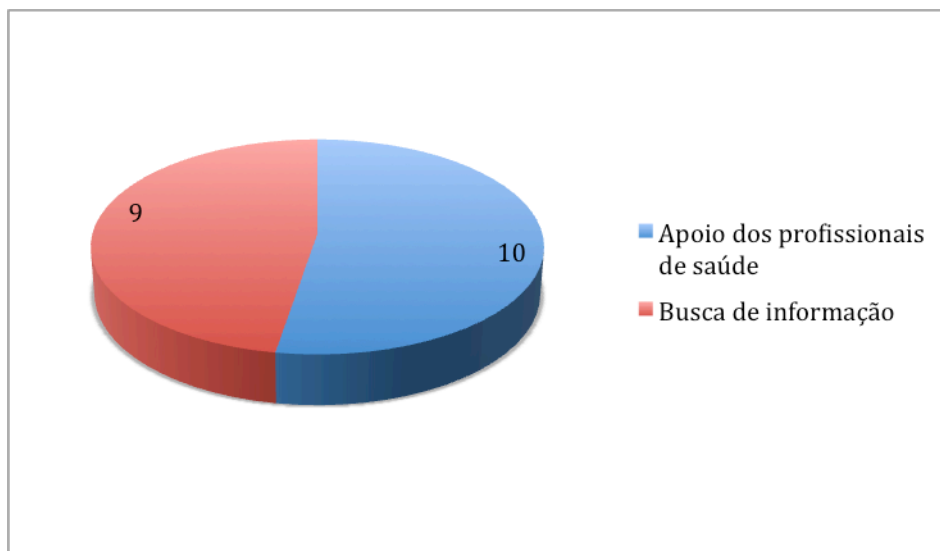


Gráfico 3 – Planeamento com os profissionais de saúde – Unidades de significância

Relativamente à sub-categoria – Planeamento individual, esta refere-se ao planeamento que a mulher faz ao longo da sua gravidez, recorrendo a fontes não comumente utilizadas por profissionais, como sejam revistas, consulta a outras grávidas, pessoas que tenham passado pelas mesmas experiências ou mesmo a tradição familiar. A esta sub-categoria foi ainda agregada a dimensão dos desejos/idealizações, como indicador que procura reflectir o imaginário próprio inerente à cultura, experiência e história de cada uma das entrevistadas sem que tenha sido associado pela entrevistada qualquer fonte de informação explícita. Foram criados três indicadores.

No gráfico 4 podemos observar os resultados obtidos:

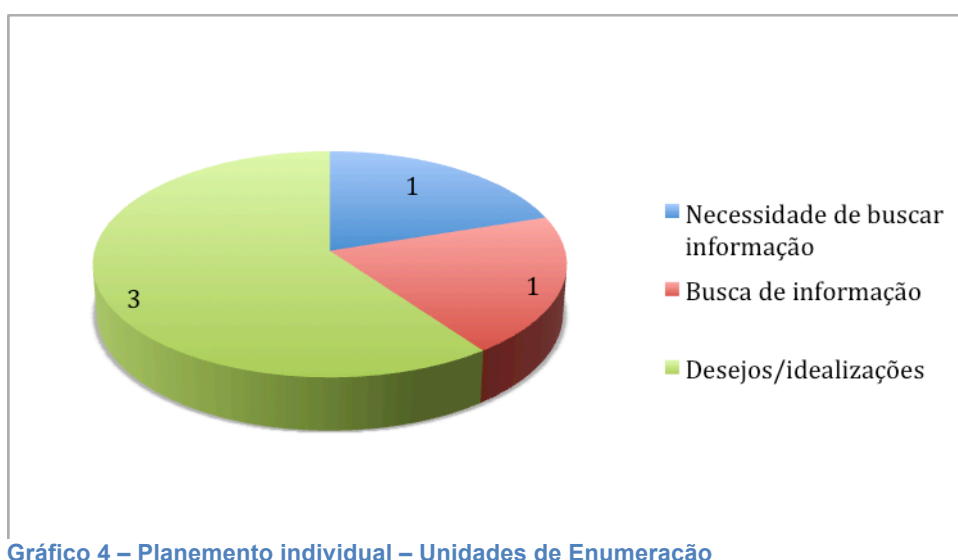


Gráfico 4 – Planeamento individual – Unidades de Enumeração

Conforme podemos verificar três entrevistadas referiram-se a aspectos que se reportam ao indicador - Desejos/idealizações, tendo por base a informação recolhida ao longo da gravidez.

Apenas uma entrevistada se referiu a aspectos relacionados com o indicador – Necessidade de buscar informação. Este indicador reporta-se à necessidade sentida à posteriori pela puérpera em ter procurado mais informação, ou seja, quando após o parto a puérpera sente que os seus conhecimentos foram insuficientes para a concretização de um plano/projecto de parto adequado.

Apenas 1 entrevistada se reportou aos aspectos que se prendem com a busca de informação pelo recurso a relatos de outras mulheres que passaram por um trabalho de parto e parto.

No gráfico 5 podemos observar a mesma distribuição, no entanto em função de unidades de significância:

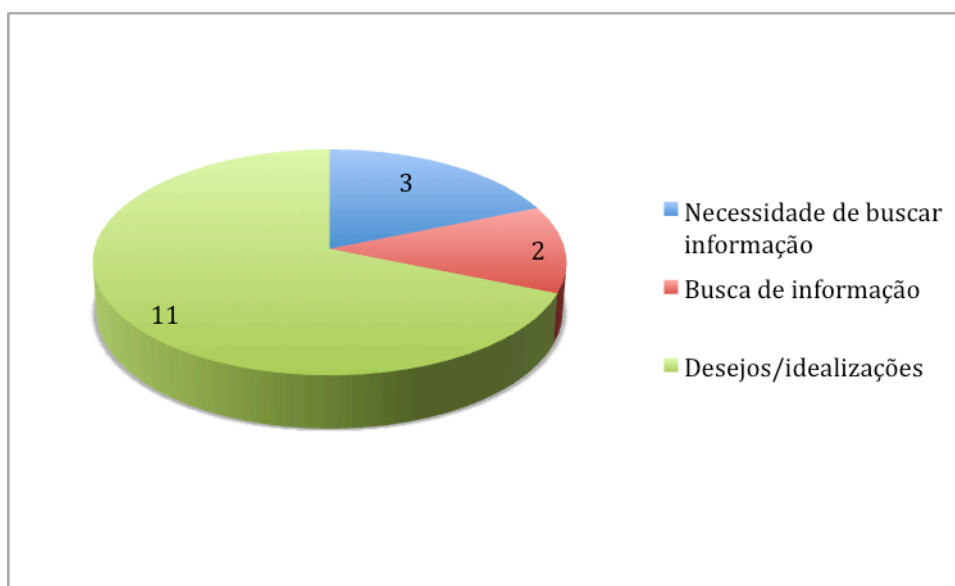


Gráfico 5 – Planeamento individual – Unidades de significância

Os resultados obtidos são graficamente semelhantes aos anteriormente observados para as unidades de enumeração, sendo que no universo das entrevistas, obtiveram-se 11 menções (6.63%) relativas aos aspectos relacionados com o indicador Desejos/idealizações, 3 referências (1,81%)

relativas à necessidade de buscar informação e 2 (1,20%) referências relativas ao indicador Busca de informação através de relatos.

No que concerne à sub-categoria – Expectativas Versus Realidade, esta apenas gerou um indicador – Expectativas não asseguradas, tendo sido mencionado por duas entrevistadas (2 Unidades de enumeração), com um total de 8 referências (4,81%). Esta sub-categoria não reflecte uma necessidade sentida, mas sim o facto de ao se confrontar com a realidade do trabalho de parto e parto, a mulher sentir que a realidade era diferente da expectativa criada, independentemente das fontes de informação utilizadas.

3.1.2 – Colaboração na prestação de cuidados – Atitude dos profissionais

No que se refere à categoria Colaboração na prestação de cuidados - Atitude dos profissionais, os resultados obtidos podem ser observados na

	Subcategoria	Indicador	UE	%	US	%
Colaboração na prestação de cuidados – Atitude dos profissionais	Decisão sem participação da mulher	Execução técnica	5		16	9,64
		Tomada de decisão	4		21	12,65
		Prescrição e administração de terapêutica	2		4	2,41
	Sub-Total		11		41	24,70
	Decisão com participação da mulher	Tomada de decisão	6		13	7,83
		Atitudes terapêuticas	3		6	3,61
	Sub-Total		9		19	11,44
Sub – total			20		60	36,14

Tabela 3 – Colaboração na prestação de cuidados – Atitude dos profissionais

Conforme podemos constatar pela observação da tabela supra-apresentada, a sub-categoria com maior numero de referencias foi a de –

Decisão não participativa, com um total de 41 referências (24,70% do universo de referências), tendo a sub-categoria – Atitude participativa, obtido um total de 19 referências (11,44%).

No gráfico 6 podemos observar a distribuição de referências (por unidades de enumeração) para os três indicadores da sub-categoria – Decisão não participativa. Esta sub-categoria teve três indicadores:

- Execução técnica;
- Tomada de decisão;
- Prescrição e administração de terapêutica.

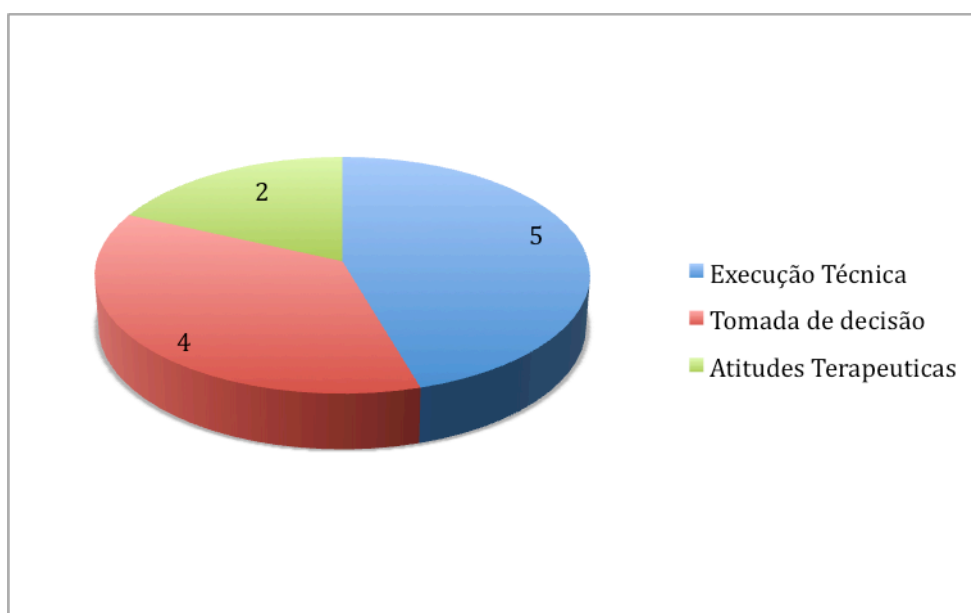


Gráfico 6 – Decisão não participativa – Unidades de enumeração

Pela análise do gráfico verificamos que 6 entrevistadas mencionaram aspectos relacionados com o indicador execução técnica, ou seja, relativos à execução de procedimentos, sem informação e consentimento da mulher.

Quatro entrevistadas referiram-se a aspectos relacionados com a própria tomada de decisões durante o trabalho de parto e parto e que se relacionam com as decisões relativas ao percurso a seguir na condução do trabalho de parto e parto.

Finalmente, 2 entrevistadas referiram-se a aspectos que se relacionam com a sua não participação na tomada de decisão, restrita à prescrição e/ou administração de terapêutica.

Por forma a ter um mais amplo entendimento relativo aos aspectos em estudo, observaremos no gráfico 7 os valores de significância obtidos nas entrevistas, para os mesmos indicadores:

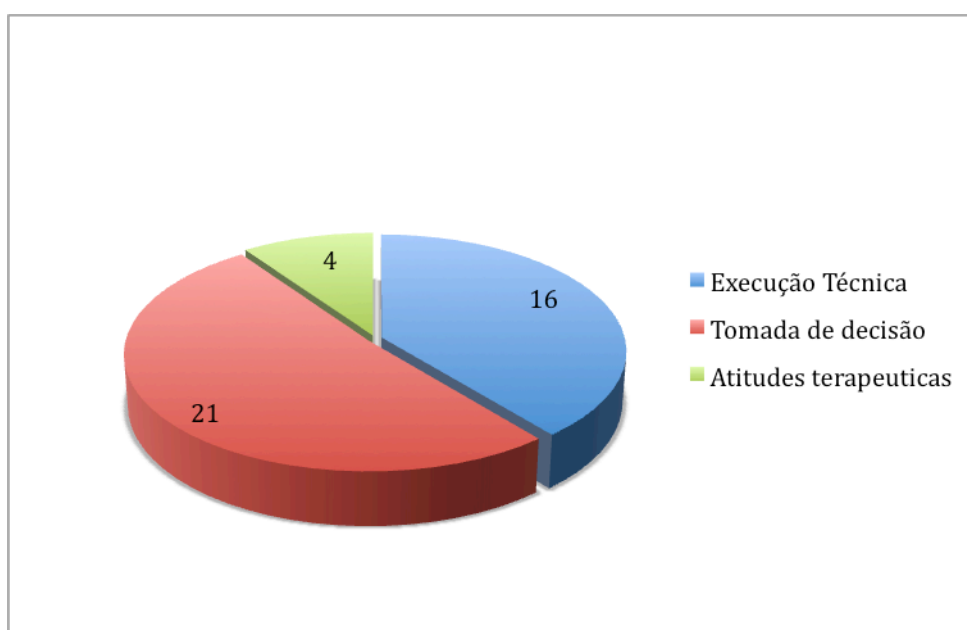


Gráfico 7 – Decisão não participativa – Unidades de significância

Conforme se pode verificar, a maior expressividade encontra-se ao nível da tomada de decisão, com um total de 21 referências (12,65% do universo de unidades colhidas), o que corresponde a 51.22% do total das referências para a subcategoria em estudo.

No que concerne à sub-categoria – Atitude Participativa, esta teve um total de 19 referências (11,44%), divididas por dois indicadores:

- Tomada de decisão;
- Atitudes terapêuticas.

No gráfico 8 podemos observar a distribuição das respostas obtidas pelos indicadores mencionados:

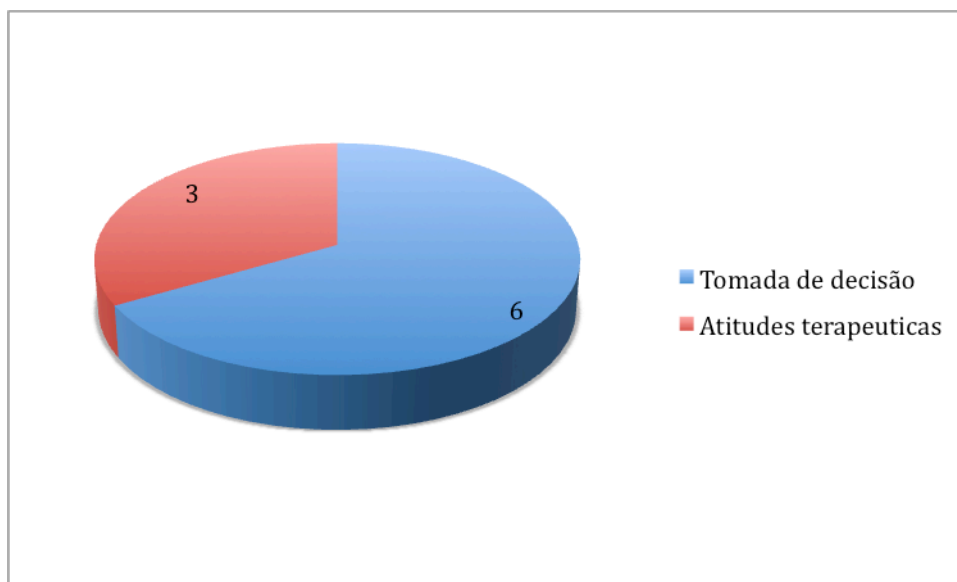


Gráfico 8 – Atitude participativa – Unidades de Enumeração

Desta forma verificou-se que seis das entrevistadas abordaram aspectos relativos a uma atitude participativa relativamente à tomadas de decisão ao longo do trabalho de parto e parto, e 3 entrevistadas mencionaram aspectos relativos a uma atitude participativa por parte dos profissionais de saúde no que se relaciona com as atitudes terapêuticas levadas a cabo, ou seja, de informação, procura de consentimento e colaboração com a parturiente.

No gráfico 9 podemos observar a expressão das unidades de significância para os mesmos indicadores:

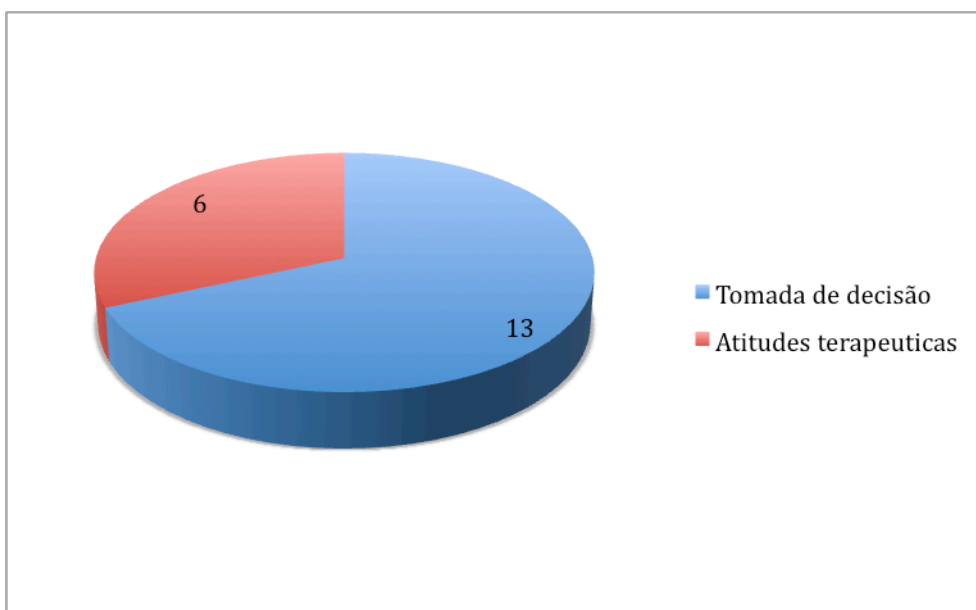


Gráfico 9 – Atitude participativa – Unidades de significância

Como podemos constatar, para a sub-categoria em estudo, o indicador com maior expressão foi o da tomada de decisão, com um total de 13 referências (7,83% do universo de referencias), o que corresponde 68,42% do total de menções para esta sub-categoria, enquanto que o indicador – atitudes terapêuticas, apenas colheu seis menções (3.61% do universo de referencias).

3.1.3 – Sentimentos relativos à qualidade da participação nos cuidados e acesso à informação

No que se refere à categoria Sentimentos relativos à qualidade da participação nos cuidados e acesso à informação, os resultados obtidos podem ser observados na tabela 4:

Categoria	Subcategoria	Indicador	UE	%	US	%
Sentimentos relativos à qualidade da participação nos cuidados e acesso à informação	Conhecimentos sobre a evolução do trabalho de parto	Não Informada/ esclarecida sobre a evolução do trabalho de parto	4		27	16,27

		Informada/esclarecida sobre evolução do trabalho de parto	5		14	8,43
	Sub-total		9		41	24,7
	Atitude relativamente aos conhecimentos	Auto-culpabilização	1		3	1,81
		Delegação por falta de conhecimento	1		2	1,20
	Sub-total		2		5	3,01
	Busca pela informação	Procura conhecer o que está a acontecer	1		6	3,61
	Sub-Total		1		6	3,61
Sub-total						31,33

Tabela 4 – Sentimentos relativos à qualidade da participação nos cuidados e acesso à informação

Pela observação da tabela 4 podemos constatar que a sub-categoria com mais referencias foi a – Conhecimentos sobre a evolução do trabalho de parto, tendo sido abordada por 9 entrevistadas (no universo de 10), colhendo um total de 41 referências (25,7% do total de referencias ao universo de referencias), distribuídas por dois indicadores:

- Não informada/esclarecida sobre a evolução do trabalho de parto;
- Informada/esclarecida sobre a evolução do trabalho de parto.

No seguinte gráfico podemos observar a distribuição das menções por unidades de enumeração:



Gráfico 10 – Conhecimentos sobre a evolução do trabalho de parto – Unidades de enumeração

Podemos desta forma constatar que 4 entrevistadas referiram durante a entrevista não considerarem ter sido informadas/esclarecidas acerca da evolução do trabalho de parto, enquanto que 5 entrevistadas referiram considerarem ter sido informadas acerca da evolução do trabalho de parto.

No que concerne às unidades de significância, podemos observar o seguinte gráfico:

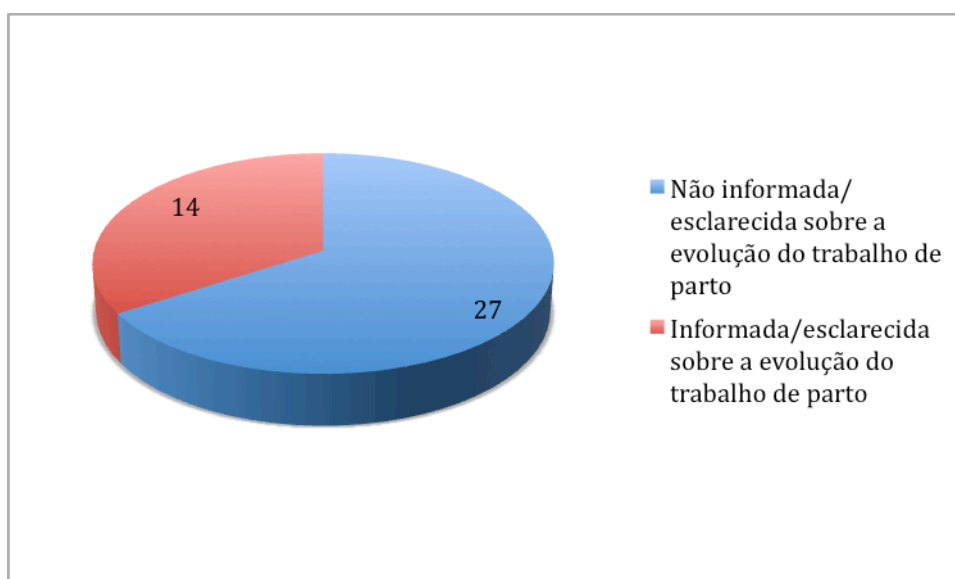


Gráfico 11 – Conhecimentos sobre a evolução do trabalho de parto – unidades de significância

Pela análise do gráfico, verificamos que no que concerne à significancia, obteve-se um total de 27 referencias (16,27%) relativas ao indicador – Não informada/esclarecida sobre a evolução do trabalho de parto, e 14 (8,43%) relativas ao indicador informada/esclarecida sobre a evolução do trabalho de parto.

No que concerne à sub-categoria – Atitude relativamente aos conhecimentos, verificou-se que apenas 2 entrevistadas se referiram a este aspecto no total das dez entrevistas, colhendo 5 referências (3,01% do total de referências relativas ao total das referencias). Esta sub-categoria foi obtida pela indentificação de dois indicadores:

- Autoculpabilização;
- Delegação por falta de conhecimento.

Ambos os indicadores foram apenas pensionados em uma entrevista apenas, sendo que o primeiro (autoculpabilização) foi referenciado 3 vezes (1,81%), enquanto que o segundo colheu duas referencias (1,20) no total das entrevistas, conforme podemos observar no seguinte gráfico:

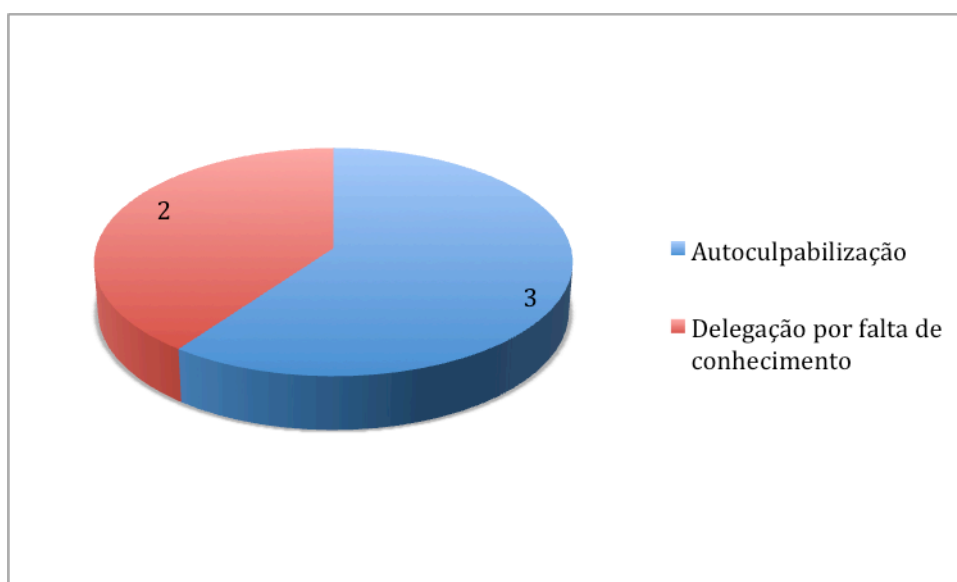


Gráfico 12 – Atitude relativamente aos conhecimentos

Relativamente à subcategoria – Busca pela informação, esta teve na sua origem apenas um indicador – Procura conhecer o que está a acontecer, tendo sido referido por uma entrevistada, colhendo um total de 6 referências (3,61%).

3.1.4 – Decisões sobre a sua privacidade

Na seguinte tabela podemos observar a distribuição das respostas obtidas ao longo das entrevistas, relativas à categoria – Controlo sobre as pessoas presentes na sala de partos:

Categoria	Subcategoria	Indicador	UE	%	US	%
Decisões sobre a sua privacidade	Acompanhamento pela pessoa significativa	Pessoa significativa presente durante o trabalho de parto	2		3	1,21
			2		3	1,81
	Controlo do ambiente na sala de partos	Escolhe as pessoas que assistem ao parto	1		5	3,01
	Sub-total		1		5	3,01
Sub-total			3		8	4,82

Tabela 5 – Decisões sobre privacidade

Esta categoria foi expressa através de duas sub-categorias:

- Acompanhamento pela pessoa significativa;
- Controlo do ambiente na sala de partos.

O primeiro indicador (Acompanhamento pela pessoa significativa), teve na sua raiz apenas um indicador – Pessoa significativa presente durante o trabalho de parto. Este indicador foi mencionado por 2 entrevistadas, com um total de 3 referências (1,81% do universo total de referências).

O segundo indicador (controle do ambiente na sala de partos), teve igualmente na sua raiz apenas um indicador – Escolhe as pessoas que assistem ao parto, tendo sido referido apenas em uma entrevista, com uma significância de 5 (3,01%).

3.1.5 – Acompanhamento da evolução da situação fetal

Na seguinte tabela podemos observar os dados obtidos para a categoria – Acompanhamento da evolução da situação fetal:

Categoria	Subcategoria	Indicador	UE	%	US	%
Acompanhamento da evolução da situação fetal	Mãe esclarecida sobre o bem estar fetal	Conhecimentos sobre o bem estar fetal	1		3	1,81
	Sub-total		1		3	1,81
Sub-total			1		3	1,81

Tabela 6 – Acompanhamento da situação fetal

Conforme podemos observar, a categoria em estudo surge de apenas uma sub-categoria – Mãe esclarecida sobre o bem estar fetal, sendo que esta mesma sub-categoria contou com apenas um indicador Conhecimentos sobre o bem estar fetal, tendo sido apenas referido por uma das entrevistadas, em três referências, constituindo desta forma 1,81% do total do universo de referências obtidas.

4 - DISCUSSÃO DOS DADOS

Ao longo deste capítulo faremos a discussão dos dados obtidos através das entrevistas efectuadas.

Tal como foi descrito aquando da apresentação dos objectivos do presente estudo, o principal motor de motivação para a opção por este tema foi a dúvida acerca de até que ponto e de que forma a completa informação da grávida em trabalho de parto era por si sentida como fundamental/desejada. É esta a linha orientadora que seguirá este capítulo de discussão dos dados. Analisaremos cada categoria e sub-categoria em separado, procurando enquadrar as expressões retiradas pela análise das entrevistas nos dados obtidos do enquadramento teórico, procurando desta forma compreender o fenómeno em estudo.

O conceito de autonomia é inaplicável quando não tiver subjacente *a priori* a posse da totalidade dos conhecimentos necessários à tomada/participação na decisão. O trabalho de parto e parto constituem-se como um momento de grande complexidade do ponto de vista físico e emocional para a mulher.

Durante a colheita de dados, verificámos a existência de diversas referências a aspectos que se relacionam com a necessidade da mulher em preparar-se para os momentos vividos durante o trabalho de parto e parto. Em expressões como:

- AD12 - Que tivéssemos falado que no parto eventualmente poderia ter acontecido isto, não, nunca;
- AD36 - Se soubesse o porquê das coisas e quais eram as várias opções que pudesse ter;
- DA15 - Em relação ao parto não me explicaram grande coisa.

Podemos constatar o sentimento de algumas mulheres acerca da lacuna de informação obtida por parte dos profissionais ao longo da sua gravidez.

Efectivamente, existem várias formas de se obter a informação. Por um lado, através de uma atitude activa dos profissionais de saúde, enquanto elementos mais esclarecidos, informados e preparados para transmitir informação correcta e actualizada, bem como desmistificarem em conjunto com a mulher e família medos e planearem aquilo a que vulgarmente se chama “projecto de parto” (em conformidade com as mais recentes directivas da OMS), dentro de um contexto realista, tendo a clara noção de que, tal como afirma Ziegel (1985:82), “cada trabalho de parto é diferente, assim como o é a resposta de cada parturiente”. Pelos dados obtidos, podemos compreender que a mulher grávida compreende os profissionais de saúde como uma fonte privilegiada de obtenção de informação e espera deles um papel particularmente activo. Efectivamente as entrevistadas parecem estar menos despertadas para a necessidade de por vezes serem elas mesmas o motor para buscar informação, tanto junto dos profissionais, como em fontes externas (livros, revistas, filmes, experiências de amigas – desde que validadas com os profissionais de saúde), conforme podemos compreender pelas expressões BC3; BC4; EA10; H4; H9; J10; J11; J12; J13. Em suma, é necessário compreender que na perspectiva da mulher grávida o principal informador/formador é o profissional de saúde, o que vem de encontro às palavras de Tereso (2005:15) - “um dos pilares sobre os quais a construção social do parto assenta é a das condições de operacionalização dos profissionais no interior das organizações, pelo que, são estes mesmos profissionais o veículo primordial da informação”.

Tal como podemos compreender através da análise anterior, existe em cada mulher, a necessidade de procurar e planear tanto a gravidez como o momento do trabalho de parto e parto. Pela análise das entrevistas, compreendemos que a informação pode ser obtida através de meios que não os profissionais de saúde ou aqueles que são, garantidamente, os mais fiáveis do ponto de vista do rigor científico, uma vez que tanto as mensagens veiculadas pelos meios de comunicação social, bem como a passagem de informação oral da experiência pessoal, constituirão um pilar fundamental da representação que a mulher irá construir do parto, pelo que é fundamental que os profissionais de saúde compreendam que o acesso ao conhecimento pode ser sentido como uma necessidade real, ainda que nem sempre

expresso nos momentos de consulta, tal como podemos compreender pelas expressões AD34;AD35;AD37. A lacuna de dados ou mesmo a tradição (factos que teriam que ser compreendidos através de um outro estudo), poderão desta forma levar a mulher em busca de conhecimento, através de relatos de vivências anteriores, como podemos compreender pelas expressões DA3;DA4. Este assume-se como um dado muito importante, uma vez que, tanto a tomada de decisão como o entendimento da situação por parte da mulher, estará necessariamente condicionada, não apenas por mitos/lacunas de informação transmitidos por outras mulheres na mesma situação, o que propaga o efeito nefasto causado pela menor compreensão por parte da relatora acerca da sua vivência, com profundo impacto na compreensão do momento pela grávida que ouve o relato, como da mesma forma nos alerta para o facto de a vivência da gravidez e maternidade estarem necessariamente cingidos também a aspectos de índole cultural, obtidos no seio da comunidade onde esta se insere. O respeito pela autonomia passa portanto também pelo respeito pelos valores culturais daqueles de quem se cuida. Tal como afirmámos durante o enquadramento teórico deste trabalho (capítulo 1), através da filosofia Kantiana, compreendemos que a liberdade reside na aplicação pelos Homens da sua lei a si mesmos. O desconhecimento é uma fonte geradora de medos e ansiedades e em si mesmo limitadoras do exercício da autonomia, pelas suas implicações na capacidade do outro em compreender a verdadeira realidade. Não seria demais neste ponto recordar as palavras de TAUBER (2005:83) – “Autonomy is like baldness. We know what perfect baldness would consist in, but we use the Word “bald” to describe people who have lost a substantial amount of hair. It would be idle to attempt a precise definition of how many hairs, or what proportion of hair, a person must have lost in order to be correctly described as bald”.

Desta forma se pode perspectivar a autonomia da mulher, não pela sua presença ou ausência, mas como um estado gradativo. Interrogamo-nos acerca da linha divisória que marcaria a travessia para a não autonomia, ou se haverá entre estes dois pólos uma área de transição com diversos tons de

“cinza”, onde efectivamente se procura o equilíbrio entre os desejos da mulher, as suas expectativas e o cientificamente desejado.

Ao longo da sua gravidez, a mulher idealizará a forma como gostaria que o seu trabalho de parto e parto decorressem, em função da sua cultura e conhecimentos integrados. Aqui podemos falar de uma noção de projecto de parto, quando concebido de forma estruturada e enquadrada na realidade possível, tal como preconizado pela OMS.

Durante o trabalho de parto e parto, não é a parturiente que colabora com os profissionais, mas sim estes que colaboram com a parturiente, na tentativa de realizar da melhor forma o seu projecto de maternidade. Pelo exposto compreendemos a importância das expressões agrupadas no indicador – Desejos/idealizações (Consultar Anexo II – Grelha de codificação), pelo que se torna fundamental aos profissionais, procurarem adequar as suas acções às expectativas daquele de quem cuidam, tendo ao mesmo tempo o cuidado de expurgar os elementos procedentes do imaginário, que se constituam como impossíveis, tal como nas palavras de Gracia (2004:85) – Ése es el tema de los “fines de la medicina”. De lo que se trata es precisamente de esto, de plantearse los valores implicados en las definiciones de salud y enfermedad y de evitar las opciones irracionales e imposibles”.

Mais uma vez, pela análise deste indicador, se destaca a importância fundamental da acção dos profissionais de saúde antes e durante o trabalho de parto e parto, em complementar e acompanhar as perspectivas e as necessidades de informação de cada mulher, de forma personalizada. Falamos desta forma, da correcta conceptualização da maternidade, em detrimento das imagens populares frequentemente inculcadas em cada indivíduo, tornando por este modo perceptível a estrutura moral subjacente à conduta do profissional.

Quando reflectimos no exercício da autonomia da mulher em trabalho de parto, não o podemos perspectivar como um elemento que depende apenas do presente e da actuação dos profissionais no momento, mas também como uma recta final de um processo que se foi desenvolvendo ao longo de toda a maternidade. Os momentos de grande complexidade física e emocional, nem sempre deixam espaço às utentes para expressarem as suas dúvidas, dificuldades, receios e anseios, pelo que, sem uma preparação *à priori* torna-

se muito difícil corresponder às expectativas criadas, acima de tudo pela sua eventual impossibilidade de execução, facto que é concretizado pelas expressões agrupadas no indicador – Expectativas não asseguradas.

Passemos agora a analisar os resultados obtidos relativamente à categoria Colaboração na prestação de cuidados – Atitude dos profissionais.

A mulher em trabalho de parto, encontra-se no concretizar de um desígnio já há muito traçado pela natureza. Esta perspectiva faz com que não seja aceitável centrar este acontecimento (bem como toda a gravidez), nos profissionais de saúde que prestam cuidados. A mulher grávida é em si mesma o cerne de toda a prestação de cuidados, sendo que a acção dos profissionais de saúde visa colaborar com a mulher em trabalho de parto, apoiando-a, orientando-a e apenas a substituindo quando for necessário.

É nesta perspectiva que nasce a categoria – Colaboração na prestação de cuidados – Atitude dos profissionais.

Pela análise dos dados obtidos encontramos dois grandes grupos de menções, o primeiro que alerta para a existência de decisões sem que a mulher seja chamada a participar e uma segunda onde a decisão é tomada em conjunto com a equipa. Efectivamente estamos no processo que Tereso (2005:14) apelidou de “governabilidade clínica”, que consiste numa atitude normativista de gestão dos cuidados de saúde, o que se torna num limitador da exercício da autonomia por parte da mulher em trabalho de parto. Nesta análise não podemos deixar de dar particular atenção à expressão AC12 – “a sensação que eu tinha era que estava a ser violentada como pessoa”, pela sua profunda expressividade ética. Efectivamente ao não respeitar o princípio ético da autonomia do outro, estamos necessariamente a violar o seu EU como Pessoa.

Face ao que foi dito anteriormente, alertamos para a necessidade de observar o Artigo 25º da Constituição da República Portuguesa, segundo o qual: “A integridade moral e física das pessoas é inviolável”, bem como a Lei de bases da Saúde – Base XIV (lei nº 48/90 de 24 de Agosto), que define o estatuto dos utentes, segundo a qual os utentes têm direito a:

- a) Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos

existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores;

b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei;

c) Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito.

Efectivamente, pelas expressões obtidas para esta sub-categoria sugerem que na perspectiva da puérpera, a sua sensação de fragilidade moral, física e consequentemente ética. Este pressuposto está ainda mais reforçado quando observamos a lei de bases da saúde, segundo a qual a mulher deveria não apenas ter a possibilidade de escolher (dentro das limitações existentes) o prestador de cuidados que pretende, facto que não surge referenciado em nenhuma das entrevistas, bem como todo e qualquer cuidado deveria ser proposto, estando desta forma sujeito a aceitação ou recusar. Assinalamos a expressão AC9 como paradigma das suas fragilidades – “Ela dizia... porque tem que ser assim” ilustra. Podemos desta forma perspectivar um afastamento da mulher em trabalho de parto, do centro de decisão, quer seja por não se conceber como um agente com poder de decisão, bem como pelo défice de conhecimentos que sente ter, tal como podemos compreender pela expressão AD23 – “Quando não conhecemos as coisas, não temos capacidade para as avaliar”, bem como a expressão CA83 – “Eles é que decidem por nós”.

Apesar do exposto, nem sempre a decisão não participativa parece constituir um atropelo ético, por um lado, como já foi reflectido no ponto anterior, podemos perceber que a gravidez constitui-se como um percurso de preparação da mulher para o momento do parto, se o é do ponto de vista biológico, não parece sê-lo menos do ponto de vista ético, pelo que, numa situação de grande tensão física e psicológica para a mulher. Torna-se frequentemente difícil conseguir colmatar as falhas de conhecimento e trazê-la à participação activa durante o trabalho de parto e parto. Da mesma forma, a opção por não tomar decisões durante o trabalho de parto e parto,

limitando-se a um papel de aparente passividade relativamente às decisões dos profissionais de saúde, não constitui em si uma forma de violação da autonomia dessa mulher, pois tal como já foi discutido durante o enquadramento teórico deste trabalho, é tão autónoma a decisão de decidir como aquela de decidir não decidir, e que encontramos bem patente nas expressões:

- AD8 – “Entreguei-me nas mãos da Doutora em total confiança” ;
- AD9 – “Passei para ela a capacidade de decisão para tudo”;
- AD24 – “Portanto entreguei-me”.

Não poderíamos deixar de referir que a decisão de confiar todas as opções de cuidados de saúde nos profissionais, são reversíveis a qualquer momento e não implicam em si a não informação da parturiente acerca da evolução do seu trabalho de parto. É fundamental observar para que quando a deposição do poder decisório é deixado exclusivamente aos profissionais, este acto seja feito por a parturiente considerar confiar e deter os conhecimentos necessários, e não na situação revelada pela expressão AD23 – “Quando não conhecemos as coisas, não temos capacidade para as avaliar”. Este é um aspecto fundamental deste trabalho, parecendo-nos importante salientar que ao perspectivar a gravidez como um processo que conduz até ao parto, a grávida parece compreender os profissionais de saúde como a sua principal referência, pelo que, no culminar do processo (parto), estes se tornam frequentemente o elemento através do qual procuram a sua segurança e aos quais entregam a sua autonomia. A decisão suportada pelos profissionais de saúde deixa desta forma de ser apenas necessariamente uma forma de apenas exercício do princípio da beneficência, mas sim uma expressão alternativa de autonomia da mulher, que procura ao longo da gravidez estreitar os laços de confiança que a ligam aos profissionais de saúde, por forma a procurar sentir-se em segurança para entregar a sua autonomia nas suas mãos.

A forma como a informação é transmitida é igualmente um aspecto fulcral na observância pelo respeito ético. A informação transmitida de forma

incorrecta ou insuficiente, poderá ser encarada com a mesma gravidade que a sua omissão, como podemos compreender pelas expressões:

- AC30 – “Disseram que era só uma coisinha para as dores”
- AD18 – “Não percebi que o medicamento que tinha estava a causar contracções que não eram tão naturais como aquelas que eu estava à espera”;
- AD26 – “É para seu bem, está a ficar tudo bem, tenha calma”;
- DA12 – “Sei que me colocaram um medicamento no soro”.

Apesar da tradição paternalista da medicina, esta tem uma aplicação limitada nos dias de hoje, não podendo ser utilizada como razão limitadora da autonomia da parturiente, passando a decisão terapêutica a ser consigo partilhada, deixando desta forma de se constituir como um momento apenas da responsabilidade do profissional de saúde.

Ao longo das entrevistas efectuadas obtiveram-se 19 referências relativas à participação da mulher na decisão no que concerne aos cuidados de que é alvo, estas reportando-se aos momentos em que a mulher em trabalho de parto é chamada à tomada de decisão em conjunto com a equipa de saúde ou a participar nos cuidados que lhe são prestados.

É de assinalar que em nenhuma das entrevistas foram encontradas menções relativas aos aspectos do indicador execução técnica, relativos a uma atitude participativa. Quaisquer conclusões relativas a este achado requereriam um estudo mais aprofundado, deixamos no entanto duas hipóteses que nos parecem susceptíveis de responder ao exposto. A primeira das quais pode ser reveladora do facto de a mulher em trabalho de parto tender a procurar confiar na equipa que a assiste, depositando nela a maior parte das opções de carácter técnico. Falaríamos aqui de uma entrega consentida à decisão da equipa, enquanto elemento especializado, na tomada de decisões durante procedimentos técnicos que visam o bom desfecho do trabalho de parto. Este aspecto pode ser encontrado em expressões como - EA12 – Se tinham que fazer, faziam... era para meu bem e da minha filha. A expressão citada é de facto reveladora do exposto. O objectivo máximo parece ser o bem estar da mãe e da filha, o mundo do

trabalho de parto apresentando-se como uma vivência intensa para a mulher, parece aqui conduzi-la a um afastamento desejado do seu poder de decisão. Apesar desta hipótese parecer-nos muito consensual, não podemos negar a existência de uma segunda hipótese segundo a qual, este facto poder igualmente dever-se ao facto de aparentemente a mulher poder não ter sido chamada à decisão relativamente aos aspectos técnicos em nenhum momento do seu trabalho de parto, facto que condicionaria seriamente a autonomia da mulher em trabalho de parto. Recordamos que o consentimento para qualquer acção com o corpo Humano é reconhecido como um direito fundamental desde 1928, tal como afirma Serrão (1998:16), citando Cauchi (1998), relativamente ao *acordum* de um tribunal dos Estados Unidos da America – “...todos os seres humanos maiores de idade e com saúde mental (competentes) Têm o direito a determinar o que deverá ser feito com o próprio corpo”.

Apesar do exposto, é talvez através do indicador – Tomada de decisão (subcategoria Decisão com participação da mulher), que os aspectos reflectidos no parágrafo anterior se tornam mais claros. Efectivamente aqui encontramos várias referências da mulher relativas não à execução de técnicas em si, mas sim na escolha de quais técnicas pretenderia ser sujeita - CA11 – Decidi não fazer epidural. Bem como da possibilidade de reverter a sua decisão ao longo do trabalho de parto - CA44 – Depois realmente acabei por mudar de ideias. Curiosamente todas as referências encontradas foram relativas ao procedimento de analgesia epidural. Este achado constitui uma fragilidade deste estudo, uma vez que não foi possível determinar se este aspecto efectivamente apenas se reporta a esta técnica. Os dados encontrados parecem também ser reveladores de haver por vezes uma certa tendência de institucionalizar os procedimentos, conforme denota a expressão - CA64 –Ninguém me perguntou se eu queria dar de mamar.

Torna-se então claro que é necessário que a mulher em trabalho e mesmo durante o parto não seja encarada como um elemento sem capacidade de decisão, mas do mesmo modo não seja colocado sobre ela todo o ónus das decisões relativamente a este período da vida. É neste equilíbrio que parece estar o respeito pela sua autonomia. O trabalho de parto e o parto constituem-se como momentos de particular dificuldade física,

psicológica, emocional - CA17 – Foi difícil posicionar por causa das contracções que estavam a ser muito fortes, no entanto constituem-se como momentos complexos do ponto de vista biológico, bem como emocional. A mulher “dá à luz” do ponto de vista biológico, mas também o faz de igual modo na sua intimidade, pelo que a sua participação é fundamental, sempre que possível e desejada - AD29 – Tenho pena de não ter participado naquilo que foi meu.

É na sequencia destes dados que nasce a categoria - Sentimentos relativos à qualidade da participação nos cuidados e acesso à informação. Aqui compreendemos que estar informada/esclarecida acerca da evolução do seu trabalho de parto é fundamental, sendo que a não informação/esclarecimento se tornam ainda mais marcantes do que a primeira (como podemos compreender pelo numero de unidades de significância de cada indicador – 27 para não informado/esclarecido e 14 para informada/esclarecida).

Na base do exercício da autonomia, está o conhecimento que permite gerir o próprio corpo e os cuidados de saúde prestados, tal como afirma Gracia (2004:286) – “Si yo puedo gestionar mi cuerpo, y por tanto mi vida y mi muerte de acuerdo con mis valores y creencias, es lógico que deba ser informado por el medico de lo que se vaya a hacer en mi cuerpo y que tenga el poder y la libertad de consentirlo o rechazerlo”.

Profundamente reveladoras da importância desta dimensão de análise.

Como podemos compreender pela citação supra-apresentada, o conhecimento e a forma como este é obtido, bem como a sua qualidade, e a forma como a mulher participa na prestação nos cuidados prestados, assume um papel fundamental na análise de como ela sente gerir a sua autonomia durante o trabalho de parto e parto.

Como decidir se não compreendemos? Como decidirmos o melhor caminho a tomar se não vemos a estrada? Estas são questões simples mas que procuram retratar a imagem obtida pela análise das entrevistas, através de expressões como - BD25 – Não houve da parte dos profissionais nenhuma explicação sobre aquilo que estava a acontecer ou mesmo - BC14 – Nem acerca do que estava a acontecer. Claramente as quatro

entrevistadas que referiram não ter sido devidamente informadas/esclarecidas acerca da progressão do trabalho de parto, viram a sua autonomia ser limitada pela incapacidade de pelo menos compreender a sua situação de saúde no momento. Efectivamente por mais informação que estas mulheres pudessem trazer consigo *à priori*, não poderão compreender a sua situação e tomar parte das decisões relativas aos seus cuidados, sem que compreendam a progressão do trabalho de parto. Efectivamente, não nos parece que seja durante o trabalho de parto o melhor momento para a mulher tomar conhecimento de todos os aspectos relevantes, uma vez que este constitui um momento de particular intensidade física e emocional, pelo que este aspecto já deveria ter sido cuidado previamente, no entanto, isto não invalida a importância dos profissionais desenvolverem o seu trabalho numa lógica pró-autonomia. Os dados obtidos também nos alertam para os riscos associados à própria natureza de instituição global que consiste a organização hospitalar, ou seja, na sua tendência em tentar substituir no seu todo o papel dos utentes, e englobá-los nas rotinas instituídas, tal como ficou bem patente na expressão - BC12 – Mesmo o facto de ter estado este tempo à espera para me coserem ahhh ninguém me explicou absolutamente nada, ou ainda - CA54 – Gostava, se calhar que tivessem falado mais comigo acerca de como iam suceder as coisas. O desejo de conhecer o percurso que o seu trabalho de parto está a tomar é fundamental, mesmo nas situações conforme descritas anteriormente, em que a mulher tende a “entregar-se” nas mãos dos profissionais. Sem dúvida essa entrega, conforme foi dito, consiste num exercício próprio da sua autonomia e não numa expressão de distanciamento da mulher perante a sua situação, pelo que ela necessita continuar informada, até mesmo como forma de garantir que poderá chamar novamente a si o poder decisório sempre que sinta necessário (AD23 – Quando nós não conhecemos as coisas, não temos capacidade para as avaliar).

O ponto em discussão alerta também os profissionais para o facto de não ser apenas da mulher que deve partir a busca pela informação - BC19 – Falava apenas quando eu lhe questionava alguma coisa. Esta expressão reveladora do distanciamento por vezes sentido por parte da mulher relativamente aos profissionais de saúde. Efectivamente é um facto que as

actividades relacionadas com a saúde, estão fortemente sujeitas ao inesperado, pelo que, o desenrolar de um trabalho de parto e o próprio parto, estão longe de serem processos matemáticos, perfeitamente previsíveis, o que em si não parece ser justificação para a existência de expressões como BD25 – “Não houve da parte dos profissionais nenhuma explicação sobre aquilo que estava a acontecer”, que revelam o sentimento de desadequação entre a situação e a explicação do profissional, o mesmo aspecto é reforçado pela expressão CA54 – “Gostava, se calhar que tivessem falado mais comigo acerca de como iam suceder as coisas”.

É fundamental assinalar a sensação gerada na mulher, de relativa passividade por parte dos profissionais em a manter informada acerca do decorrer do trabalho de parto e parto, claramente definida nas expressões BC17 – “A enfermeira que me assistiu ... só dizia quase o necessário” e BC19 – “Falava apenas quando eu lhe questionava alguma coisa”.

Os profissionais constituem-se como o elo fundamental entre a mulher e os fenómenos do seu próprio corpo, pelo que - DA11 – “Sem eles [profissionais] estaria ali completamente perdida”. O profissional adopta assim um papel que promove uma sensação de segurança durante o trabalho de parto e parto - EA4 – “Veio uma doutora enfermeira que disse que ainda faltava um bocadinho”.

A deficiente informação poderá ter consequências negativas, nomeadamente pelo inculcar de sentimentos de autculpabilização na parturiente. Se ela devesse por um lado agir de forma activa na busca de conhecimentos, cabe ao profissional de saúde colmatar qualquer défice de conhecimentos que a mulher possa ter e mesmo estimulá-la na obtenção desses conhecimentos. O papel do profissional de saúde é aqui de carácter algo paternalista, mas numa lógica aristotélica de defender em última instância, a autonomia da mulher, para que não sinta que sobre ela caiu uma punição (AC7 – “Eu só perguntava porque é que aquilo me tinha que acontecer”) por não se ter preparado de forma “adequada” para a sua maternidade (AD34 – “Devia ter-me preparado mais durante a gravidez”).

Se é acerca de autonomia que se centra este estudo, então temos necessariamente que reflectir não apenas os aspectos relacionados com a progressão do trabalho de parto, ou mesmo com os cuidados prestados, mas

igualmente acerca das decisões da parturiente acerca da sua privacidade, bem como os seus laços com os a sua família/comunidade.

A escolha da pessoa de referência na sala de partos é um direito consagrado na Lei Nº11.108, de 7 de Abril de 2005, para além de ser em si mesmo uma forma de exercício da autonomia. O papel do acompanhante na sala de partos é de grande vantagem, por permitir tornar o ambiente mais Humanizado para a parturiente, bem como favorece o estreitamento de laços da tríade, no caso desse acompanhante ser o futuro pai. Se a parturiente tem o direito de escolher quem a acompanha neste momento, não menos será seu direito em controlar o ambiente na sala de partos, decidindo acerca das pessoas presentes na sala (dentro do permitido pela *legis artis*), bem como das condições ambientais. Neste estudo das 5 referências obtidas, quatro relacionaram-se como o facto de estarem pessoas em numero superior ao desejado na sala (CA51 – Havia muitas pessoas na sala e isso não me deixou assim muito à vontade) e uma relativa à necessidade de ter sido criado um ambiente mais calmo CA52 – Gostaria que tivesse sido um momento mais calmo.

Se ao longo deste trabalho temos falado da necessidade da mulher estar ciente da evolução do seu trabalho de parto, não é menos importante que esta esteja a par dos conhecimentos acerca do bem estar do seu filho por nascer - AC20 – A doutora quando me observou disse que o bebé estava a ficar com pouca variabilidade e aumentou o soro.

Em conclusão com tudo o foi dito, podemos compreender que a autonomia da mulher em trabalho de parto pode ter diversas formas e acima de tudo se constrói muito antes do próprio trabalho de parto e parto. É com o projecto da maternidade que surgem as primeiras duvidas e a necessidade de chegar junto dos profissionais. É nesse momento que se vão delineando os percursos possíveis para o culminar do processo. A OMS aponta hoje para a criação de um projecto de parto desenhado pela mulher e validado com os profissionais de saúde, por forma a torná-lo exequível dentro da *legis artis*. Como foi dito, nem sempre a mulher cumpre a necessidade e mesmo dever de buscar a informação que necessita ou, ao tentar fazê-lo nem sempre o busca nas fontes mais adequadas, pelo que cabe aos profissionais estimularem essa atitude pró-activa e mesmo tentarem colmatar as

falhas/necessidades identificadas. Já na sala de partos é necessário que os profissionais consigam encarar cada parturiente como um ser único, com expectativas, sonhos e medos que a caracterizam, e desta forma desenvolvam o seu trabalho na defesa do melhor interesse da mulher, num constante equilíbrio entre um paternalismo e um processo de autonomia, ou seja, educar a mulher nas escolhas possíveis e apoiá-la quando não conseguir ou puder decidir. Como foi frequentemente dito, a autonomia é tanto de decidir como de decidir não decidir, desde que se faça em confiança e conhecimento. Parece-nos pelas entrevistas que esta delegação de autonomia é uma escolha frequente por parte da parturiente, que confia nos profissionais e pretende muitas vezes ser conduzida neste processo. Apesar disso, este desejo não impede que ela tenha o direito a conhecer toda a evolução do seu trabalho de parto e possa a cada momento decidir sobre ela e o ambiente que a rodeia. Algumas das dificuldades em lidar com a autonomia destas parturientes poderá muitas vezes vir de posturas institucionalizadas, pelo que cabe ao profissional de saúde conseguir a cada momento balancear o melhor interesse da mulher de acordo com os seus melhores saberes, com os desejos dessa própria mulher. Cada criança apenas nasce uma vez, pelo que cada mulher apenas terá uma oportunidade para ajudar a nascer esse filho.

5 – CONCLUSÃO

Ao longo deste estudo, fomos analisando a forma como a mulher sentiu ter gerido a sua autonomia durante o seu trabalho de parto e parto. Como foi deixado compreender ao longo do trabalho, as motivações que conduziram à opção por este tema relacionam-se com a experiência profissional do autor na área de obstetrícia, o que o levava a questionar acerca destes aspectos. Efectivamente, ao contrário da expectativa inicialmente assumida, e apesar de se encontrarem uma quantidade elevada de expressões construídas na sua forma negativa, foi possível compreender que muito provavelmente o maior número de expressões nesta forma se relaciona por os aspectos menos positivos serem sentidos muitas vezes como mais marcantes e portanto mais rapidamente verbalizados. Fica no entanto patente ao longo deste estudo, a importância dos profissionais de saúde no acompanhamento da mulher ao longo da sua gravidez (e até mesmo antes), no sentido de a fazerem percorrer este período da vida com a felicidade e segurança que lhe deveriam estar associados, e por este meio conseguir construir um plano de parto exequível e devidamente compreensível por parte da mulher, por forma a que seja possível à equipa de saúde presente na sala de partos compreender o verdadeiro desejo da mulher, bem como ser capaz de atender a esses desejos por serem exequíveis.

Os profissionais de saúde são encarados como elementos fundamentais para a mulher durante o período em estudo, sendo que, mais do que obter o absoluto controlo acerca da situação que vive, a mulher parece procurar confiar na equipa de profissionais que tem junto de si podendo centrar-se cada vez mais na sua vivência do momento, sendo que no entanto a mesma necessita igualmente de conseguir sentir que permanece o respeito pelas suas opções.

Desta forma e em conclusão a este trabalho, é mais uma vez fundamental salientar que o garante do respeito pela autonomia da mulher em trabalho de parto não se cinge apenas ao bloco de partos, é um processo onde a responsabilidade ética está presente em todos os profissionais de saúde. Cabe à equipa de saúde o garantir um ambiente o mais seguro

possível à mulher em trabalho de parto e mesmo durante o seu parto, permitindo-lhe participar activamente no processo se for seu desejo, mas sem nunca esquecer que é tão autónoma a decisão de decidir como a de decidir não decidir.

O nascimento de um novo ser é sempre um momento especial e irrepetível o que torna infinita a responsabilidade ética de todos os profissionais de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- ALBARELLO, Luc et al. Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva, 1997;
- ASCENÇÃO, Oliveira et. al. Estudos de Direito da Bioética. Lisboa: Almedina, 2005;
- BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edição 70, 1995. ISBN 972-44-0898-1;
- CARMO, H.; Ferreira, M.M. Metodologia da Investigação: Guia para a auto Aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. ISBN 972-674-231-5;
- CARRACEDO, José Rubio. Ética constructivista y autonomia personal. Madrid: Tecnos, 1992;
- CARVALHO, Ana Sofia; OSSWALD, Walter. Ensaios de Bioética. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Unipessoal, Lda, 2008. ISBN:978-972-54-0206-1;
- FORTIN, Marie – Fabienne. O Processo de investigação: Da Concepção à realidade. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10.
- GRACIA, Diego. Fundamentos de Bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2008. ISBN:978-972-603-441-4;
- JENNINGS, Bruce, *et. al.* Oxford handbook of bioethics. Oxford: Oxford University Press, 2007. ISBN: 978-0-19-927335-5;
- KITZINGER, Sheila. Mães: um estudo antropológico da maternidade – Lisboa: Editorial Presença, 1978;
- LANDRY, R. — A análise de conteúdo — Investigação social : da problemática à colheita de dados. 3.a ed. Lisboa : Lusociência, 2000;
- LEVY, Neil. Neuroethics. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. ISBN: 978-0-521-68726-3;

- MALDONADO, Maria Teresa Pereira – Psicologia da gravidez: parto e puerpério. Petrópolis: Editora Voz, 1976;
- MARQUES, Ramiro. Uma breve história da ética ocidental. Lisboa:Edições plátano, 2000. ISBN 972-707-275-5.
- PATRÃO NEVES, Maria do Céu. Comissões de Ética. Gráfica de Coimbra, 2001. ISBN: 9789726032731;
- PATRÃO NEVES, Maria do Céu. Para uma ética da enfermagem. Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN: 972-603-326-9;
- PESSINI, Leo; DRANE, James. Bioética, Medicina e Tecnologia – Desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Edições Loyola, 2005. ISBN: 85-15-02950-2;
- QUIVY, 1998
- REICH, Warren T.. Encyclopedia of Bioethics. 3rd Edition. Thompson-Gale, 2003. ISBN:0-02-865916-3;
- SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui. Ética em Cuidados de Saúde. Porto:Porto Editora, 1998. ISBN:972-0-06033-6;
- TERESO, Alexandra. Coagir ou emancipar?. Coimbra:Formasau, 2005. ISBN:972-8485-44-1;
- SERRÃO, Daniel- Ética em Cuidados de Saúde. Porto:Porto Editora, 1998. ISBN:972-0-06033-6;
- TAUBER, Alfred. Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility. Londres: MIT press, 2005. ISBN: 0-262-20160-7
- ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S. Enfermagem Obstétrica. 7ª Edição, Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

Anexos

ANEXO I – Autorização para realização de entrevistas

ANEXO II – Grelha de codificação

Lista de expressões codificadas

CATEGORIA – Desejos da mulher

Sub-categoria – Planeamento com os profissionais de saúde - Início da acção

Indicador – Atitude activa dos profissionais de saúde

- AD12 – “Que tivéssemos falado que no parto eventualmente poderia ter acontecido isto, não, nunca”;
- AD36 – “Se soubesse o porquê das coisas e quais eram as várias opções que pudesse ter”;
- DA8 – “Sobretudo foram discutidos os meus medos” [com a médica]
- DA9 – “Disse-me que podia fazer medicação para as dores” [médica];
- DA15 – “Em relação ao parto não me explicaram grande coisa”.
- EA9 – “ No centro de saúde disseram-me que eu tinha que ir à preparação para o parto”;
- I6 – “Sim, eu já vinha preparada pelo enfermeiro”;
- I8 – “Explicou-me a situação como era” [o enfermeiro];
- I9 – “Disse para eu fazer o que tinha que fazer”;
- G2 – “Quando me apareceram os diabetes, que ele começou a aumentar muito de peso e a ficar crescidinho... eu não me importava que fosse uma cesariana”.

Indicador - Busca de informação – Iniciada pela mulher

- BC3 – “Frequentei algumas aulas de preparação para o parto”;
- BC4 – “Estava mais informada sobre aquilo que iria suceder e sobre quais os motivos que me iriam levar à maternidade”;

- EA10 – “preparação para o parto... quando se punham com aquelas explicações... até ficava enojada... preferia que fosse uma cesariana”;
- H4 – “também já tinha conhecimento porque andei num curso de preparação para o parto”;
- H9 – “Só na preparação para o parto” [falou sobre os tipos de parto possíveis];
- J10 – “Falei [com a médica] e ela dizia que era assim... pelo facto de ser tudo acompanhado e estar tudo certinho era provável que fosse normal”;
- J11 – “Fiz preparação para o parto”;
- J12 – “Então fazia muitas perguntas” [nas aulas de preparação para o parto];
- J13 – “Eu tinha muita curiosidade de saber”.

Sub-Categoria – Planeamento individual

Indicador – Necessidade de buscar informação

- AD34 – “Acho que devia me ter preparado mais durante a gravidez”;
- AD35 – “Devia ter percebido que várias situações podiam ter ocorrido e porquê”;
- AD37 – “Não, não sabia de nada”.

Indicador – Busca de informação através de relatos

- DA3 – “Contavam-me muitas histórias sobre o parto”;
- DA4 – “Fui criando alguns medos”.

Indicador – Desejos/idealizações

- CA34 – “Queria que fosse um parto normal”;
- CA35 – “Queria que não fosse uma cesariana”;
- CA37 – “Gostava que fosse realmente rápido”;
- CA38 – “Que não estivesse muitas horas no hospital”;
- CA39 – “A ideia era tentar ir para lá o mais avançado possível”;
- CA40 – “Queria que fosse realmente um parto normal”;
- CA42 – “Queria tentar não fazer epidural”.
- H7 – “Gostava que fosse normal” [o parto];
- J7 – “Sempre pensei que fosse um parto normal”;
- J8 – “Não queria uma cesariana e essas coisas”;
- J9 – “”Sempre quis um parto normal”.

Sub-Categoria - Expectativas versus realidade

Indicador - Expectativas não asseguradas

- AD1 – “As expectativas saíram todas goradas”;
- AD2 – “Sempre pensei que o evoluir do trabalho de parto, seria o evoluir de um processo natural”;
- AD3 – “Sempre pensei que iria ter um trabalho de parto como qualquer outra mulher”;
- AD4 . “Iria ter um parto... em que eu participasse e visse o bebe nascer”;
- AD5 – “Quando acordei e mo mostraram ... eu não o vi como meu, não o senti como tal”;
- AD29 – “Tenho pena de não ter participado naquilo que foi meu”;
- CA50 - “Gostaria que as coisas tivessem sido diferentes”;
- CA52 – “foi muito diferente daquilo que tinha imaginado”.

CATEGORIA – Colaboração na prestação de cuidados – Atitude dos profissionais

Sub-Categoria - Decisão sem participação da mulher

Indicador - Execução técnica

- AC3 – “Não estava à espera daquela preparação”;
- AC4 – “Porque fui... incomodou-me imenso ser deitada”;
- AC5 – “Tira a cueca!”;
- AC6 – “Fui toda rapada”;
- AC9 – “Ela dizia ... porque te que ser assim”;
- AC11 – “e... aí fiquei... até porque não estava à espera, aquilo foi muito agressivo”;
- AC12 – “a sensação que eu tinha era que estava a ser violentada como pessoa”;
- AC13 – “Colocou-me dois microlax, sem me ter dito”;
- AC14 – “Fizeram a monitorização e me colocaram soro”;
- BC8 – “A enfermeira pos-me soro, começou a prepara as coisas para o parto, para o que era necessário”;
- CA7 – “Puseram-me o soro, deram-me uma roupa para eu vestir e pronto”;
- CA22 – “Não me explicaram aquilo que estava a ser feito... raparam-me, pronto... mandaram-me deitar e raparam-me”;
- CA25 – “Pronto depois puseram-me o soro e poucas mais explicações me deram acerca daquilo que iria ser feito”;
- DA20 – “Disseram-me para ficar quietinha um pouco, enquanto me rapavam”;
- DA21 – “Deram-me dois clisteres e mostraram-me onde era a casa de banho”;
- G7 – “Não, nunca” [Pediram opinião/autorização.

Indicador – Tomada de decisão

- AC26 – “Estava muito preocupada porque é que estavam a querer fazer cesariana”;
- AC29 – “As decisões eram tomadas sem eu ter participação na decisão de qualquer uma delas”;
- AD8 – “Entreguei-me nas mãos da doutora em total confiança”;
- AD9 – “Passei para ela a capacidade de decisão para tudo”.
- AD23 – “Quando não conhecemos as coisas, não temos capacidade para as avaliar”;
- AD24 – “Portanto entreguei-me”;
- AD29 – Tenho pena de não ter participado naquilo que foi meu;
- AD30 – “Houve uma tentativa de resolver aquilo que não estava bem”;
- CA30 – “Quando disse que era para eu fazer epidural, nem sequer me questionou se eu queria ou não fazer epidural”;
- CA31 – “Chamou o anestesista sem me ter questionado”;
- CA43 – “Da primeira vez o médico chamou o anestesista sem sequer me perguntar se realmente eu queria fazer epidural”;
- CA66 – “Em termos de decisão não tive muita”;
- CA71 – “Ninguém me perguntou se queria ou não queria”;
- CA82 – “pessoas... que não têm grande poder de decisão”;
- CA83 – “Eles é que decidem por nós”;
- CA84 – “Se por acaso por da nossa vontade tudo bem, se não coincidir é um bocado mais complicado”;
- CA85 – “Não nos dão grande abertura para ir contra essas ideias”;
- CA21 – “Puseram o bebé a mamar e pronto”;;
- DA16 – “Não me perguntaram se era a posição que eu queria”;
- DA17 – “Percebi que era a posição que habitualmente utilizavam” [litotomia];
- G5 – “O obstetra nunca me quis provocar [o parto]... porque não gosta”;

Indicador – Prescrição e administração terapêutica

- AC30 – “Disseram que era só uma coisinha para as dores”
- AD18 – “Não percebi que o medicamento que tinha estava a causar contracções que não eram tão naturais como aquelas que eu estava à espera”;
- AD26 – “É para seu bem, está a ficar tudo bem, tenha calma”;
- DA12 – “Sei que me colocaram um medicamento no soro”.

Sub-Categoria - Decisão com participação da mulher

Indicador - Tomada de decisão

- AC2 – Após ter sido observada disse que si senhor, ficaria internada;
- CA11 – Decidi não fazer epidural;
- CA12 – Não quis epidural;
- CA16 – Fiz sim senhor a epidural;
- CA44 – Depois realmente acabei por mudar de ideias;
- CA49 – Não perguntaram a minha opinião acerca de mais nada;
- CA60 – Em termos de opinião, praticamente nada;
- CA64 – Ninguém me perguntou se eu queria dar de mamar;
- EA12 – Se tinham que fazer, faziam... era para meu bem e da minha filha;
- H12 – “Deram-me todo o espaço”;
- I2 – “Deram-me a epidural porque estavam a ver que eu não aguentava com as dores”;
- J17 – “Eles perguntavam sempre e fizeram a minha vontade”;
- J18 – “Eu pedi que me aplicassem a anestesia porque eu já não aguentava as dores, e aplicaram-me”.

Indicador – Atitudes terapêuticas

- BC9 – Depois de ter feito o toque novamente e dizer que realmente, já podia fazer força para o bebê nascer;
- CA17 – Foi difícil posicionar por causa das contracções que estavam a ser muito fortes ;
- CA18 – Disseram que ainda não podia fazer, só quando tivesse a dilatação toda feita.
- J20 – “Explicaram-me onde fazer as forças”;
- J21 – “Ajudaram-me em tudo”;
- J22 – “A opção de fazer a ferros foi mesmo a última”.

CATEGORIA - Sentimentos relativos à qualidade da participação nos cuidados e acesso à informação

Sub-Categoria – Conhecimentos sobre a evolução do trabalho de parto e atitudes terapêuticas tomadas em conformidade

Indicador – Não informada/esclarecida sobre a evolução do trabalho de parto

AC8 – Ela dizia porque tem que ser assim;

AC10 – Aí fiquei porque eu não estava à espera;

AC16 – Depois logo se ia vendo como ia evoluindo;

AD16 – Eu não percebi porque é que estava a acontecer de o bebe não estar a ficar bem;

AD17 – Não percebi que havia relação com o eu estar há muitas horas sem comer;

AD18 - Não percebi que o medicamento que tinha estava a causar contracções que não eram tão naturais como aquelas que eu estava à espera;

AD19 – Portanto não percebi nada;

BC11 – Não houve comunicação quase nenhuma sobre o que estava a acontecer ou explicar o que estavam a fazer;

BC12 – Mesmo o facto de ter estado este tempo à espera para me coserem ahhh ninguém me explicou absolutamente nada

BC13 – Nem em termos de preparativos;

BC14 – Nem acerca do que estava a acontecer;

BC15 – Nem como é que iam ser as coisas depois;

BC16 – Houve muito pouca comunicação;

BC17 – A enfermeira que me assistiu ... só dizia quase o necessário;

BC19 – Falava apenas quando eu lhe questionava alguma coisa;

BC20 – A comunicação foi muito pouca;

BC21 – Ninguém me explicou o que poderia ou não poderia fazer;

BC22 – Ninguém me deu nenhuma explicação a esse respeito

BD25 – Não houve da parte dos profissionais nenhuma explicação sobre aquilo que estava a acontecer;

BD28 – Não foram dadas explicações nenhuma;

BD29 – Não entendia aquilo que estava a acontecer;

CA26 – Puseram-me o soro e poucas mais explicações me deram acerca daquilo que iria ser feito;

CA27 – Poucas ou mais explicações me deram ... acerca daquilo que ia acontecer;

CA46 – Não houve preocupação de ninguém de me explicar essa parte;

CA54 – Gostava, se calhar que tivessem falado mais comigo acerca de como iam suceder as coisas;

H1 – Perguntaram se eu sabia que tinha que assinar um termo de responsabilidade e se já mo tinham dado;

H3 – Só disseram para ler o papel [relativamente à analgesia epidural].

Indicador – Informada/esclarecida sobre a evolução do trabalho de parto

- DA11 – “Sem eles [profissionais] estaria ali completamente perdida”;
- EA1 – “Disseram-me que já estava em trabalho de parto”;
- EA4 – “Veio uma doutora enfermeira que disse que ainda faltava um bocadinho”;
- EA5 – “Disseram que o bebe ia nascer”;
- EA6 – “Ao fim de um tempo disseram que o bebé estava muito subido e que tinham que ajudar com umas colheres”
- EA11 – Explicaram-me sempre tudo, não precisei perguntar nada”;
- H5 – “Eu estava a fazer a dilatação mas o colo do útero estava muito alto, então aí a equipa médica decidiu fazer por ventosa”;
- H6 – “Estava com a cabeça um bocado ao lado e tinha o cordão à volta do pescoço”;
- H10 – “À medida q ia acontecendo, eles iam-me dizendo”;
- H11 – “Disseram que teria que ser assim ou teria que ser cesariana”;

- I10 – “Explicaram-me tudo, mesmo até a situação das contracções”;
- I11 – “Eles explicavam-me tudo”;
- J5 – “O bebe nasceu assim... a ferros... porque estava com o braço... não dava para sair”
- J6 – “Eu fiz as forças todas certinhas e ele é que não dava”;

Sub-Categoria - Atitudes relativamente aos conhecimentos

Indicador – Auto-culpabilização

- AC7 – Eu só perguntava porque é que aquilo me tinha que acontecer;
- AD21 – Acho que também a culpa foi minha porque nunca pensei;
- AD34 – Devia ter-me preparado mais durante a gravidez.

Indicador – Delegação por falta de conhecimento

- AD23 – Quando nós não conhecemos as coisas, não temos capacidade para as avaliar;
- AD24 – Portanto entreguei-me.

Sub-Categoria - Busca pela informação

Indicador - Procura conhecer o que esta a acontecer

- AD25 – Eu só perguntava se estava tudo bem e o que ia acontecer a seguir;

- AD27 – Quando eu comecei a ter dúvidas, já não conseguia articular palavra;
- AC7 – Eu só perguntava porque é que aquilo me tinha que acontecer;
- AD34 – Devia ter-me preparado mais durante a gravidez;
- AD35 – Devia ter percebido que várias situações podiam ter ocorrido e porquê;
- AD36 – Se soubesse o porquê das coisas e quais eram as várias opções que pudesse ter.

CATEGORIA – Decisões sobre privacidade

Sub-Categoria – Acompanhamento pela pessoa significativa

Indicador - Pessoa Significativa presente durante o trabalho de parto

CA19 – Chamaram o marido para ir ter comigo;

CA20 – O meu marido já não estava comigo, já tinha sido mandado para a sala de espera;

DA6 – Uma das coisas que não queria mesmo era ficar sozinha... e fiquei.

Sub-Categoria - Controlo do ambiente na sala de partos

Indicador – Escolhe as pessoas que assistem ao parto

- CA51 – Havia muitas pessoas na sala e isso não me deixou assim muito à vontade;

- CA52 – Gostaria que tivesse sido um momento mais calmo;
- CA53 – “Gostaria que tivesse tido um momento mais calmo”;
- CA53 – Se tivesse sido questionada se queria as pessoas todas na sala ou não;
- CA72 – Se tivesse sido questionada, naturalmente teria dito que não queria aquelas pessoas todas.

CATEGORIA – Acompanhamento da evolução da situação fetal

Sub-Categoria– Mãe esclarecida sobre o bem estar fetal

Indicador – Conhecimentos sobre o bem estar fetal

- AC20 – A doutora quando me observou disse que o bebê estava a ficar com pouca variabilidade e aumentou o soro;
- AC26 – Estava muito preocupada com porque é que estavam a querer fazer cesariana;
- AD17 – Não percebi que havia relação com o eu estar há muitas horas sem comer.

